

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL
Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007
Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de
Enfermagem: Factores Determinantes**

Dissertação de Mestrado apresentada por
Maria Helena Ferreira de Almeida
4461

Orientadores:
Professor Doutor Carlos Alberto da Silva
Professor Doutor Manuel Agostinho Matos Fernandes

Évora

UE
184
663

**Évora
2010**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL
Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007
Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem:
Factores Determinantes**

Dissertação de Mestrado apresentada por
Maria Helena Ferreira de Almeida
4461

Orientadores:
Professor Doutor Carlos Alberto da Silva
Professor Doutor Manuel Agostinho Matos Fernandes



184 663

**Évora
2010**

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação contou com o apoio de familiares, amigos e colegas, aos quais deixo uma palavra de agradecimento.

Aos meus familiares mais próximos, Ernesto, Liliana e Joel, que se viram privados da minha companhia em muitos momentos, e que ainda me apoiaram nos períodos de maior intensidade de trabalho. Nomeadamente à Liliana pelo contributo, não só na inserção dos dados dos questionários, como também pela leitura atenta do trabalho desenvolvido.

Aos meus amigos, Professor José Vilelas pela sua solicitude e apoio e Professora Generosa Nascimento pelo seu estímulo permanente e análise crítica.

Muito especialmente aos Enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, a sua colaboração foi imprescindível.

Finalmente aos Professores Doutores Carlos da Silva e Manuel Agostinho pelas orientações indispensáveis à concretização deste trabalho.

RESUMO

“Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes”

A qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais, nas organizações de saúde, contribui para a qualidade dos cuidados e serviços prestados e para a excelência do desempenho. O *International Council of Nurses* denominou os ambientes promotores da excelência como ambientes favoráveis à prática.

Os líderes e gestores destas organizações devem conhecer os factores determinantes desses ambientes, de forma a proporcionar as condições que obviem o exercício profissional de qualidade.

Descrever os factores estratégicos que determinam a existência de um modelo de desenvolvimento organizacional baseado em ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar constitui-se como objectivo geral desta investigação. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, recorrendo a um inquérito por questionário, sendo a população alvo enfermeiros.

Foi obtido um conjunto de padrões factoriais que caracterizam o perfil de factores críticos de sucesso em ambientes favoráveis à prática dos enfermeiros: Organização [práticas de gestão; estruturas de apoio; políticas de recursos humanos; políticas de gestão de erros; condições para captação de recursos humanos; dotações seguras]; Enfermeiro [gestão e liderança; comunicação organizacional; ética e deontologia profissional; educação e desenvolvimento profissional]; Governo [políticas do governo]; Associação Profissional/Ordem dos Enfermeiros (OE) [orientações para a profissão; controlo da profissão]. Evidenciou-se, ainda, que existe diferença de percepção entre os enfermeiros gestores e prestadores de cuidados sobre os factores que determinam o ambiente favorável à prática de cuidados e que os diferentes contextos de prestação de cuidados (internamento, urgência e ambatório) não influenciam a percepção que os enfermeiros detêm sobre esses factores.

Palavras-chave: Ambientes favoráveis à prática; Qualidade do ambiente de trabalho; Qualidade dos cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

"Positive Practice Environments for Nursing Care: Determinant Factors"

The quality of the work environment for professionals, in health organizations, contributes to the quality of care and services as well as excellence in performance. The International Council of Nurses entitled the environments that lead to that excellence as Positive Practice Environments.

The leaders and managers of these organizations should know the determinant factors of those environments, in order to provide conditions that will support a high quality practice.

To describe the strategic factors that determine the existence of an organizational development model based on positive practice environments for nursing care in a hospital environment is the primary objective of this research. This is a descriptive-correlative study based on a questionnaire, being the target population nurses.

We obtained a set of factorial standards that characterize the profile of successful critical factors in positive practice environments for nursing care: Organization [management practices, support structures, human resource policies, fault management policies; conditions for obtaining human resources, safe donations], Nurses [management and leadership, organizational communication; professional ethic; education and professional development]; Government [government policies]; Professional Association / Nurses National Council (OE) [profession guidelines; profession control]. It was evident also that there is difference in perception between nursing managers and care providers regarding the factors that determine the positive environment for nursing practice and that the different contexts of care (hospitalization, emergency and ambulatory care) did not influence the perception that nurses have on these factors.

Key words: Positive practice environments; Quality of the working environment; Quality of nursing care.

ÍNDICE GERAL

	p.
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O CONTEXTO DO ESTUDO	1
1.2. A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO.....	4
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	8
2. AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.....	8
2.1. DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO	15
2.2. DIMENSÃO ENFERMEIRO	35
2.3. DIMENSÃO GOVERNO	49
2.4. DIMENSÃO ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL	54
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	61
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS	61
3.1. TIPO DE ESTUDO	61
3.2. POPULAÇÃO	61
3.3. OBJECTIVOS, VARIÁVEIS E HIPÓTESES.....	62
3.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	64
3.4.1.Instrumento de colheita de dados	64
3.4.2.Recolha de dados	66
3.4.3.Tratamento dos dados	67
3.5. QUESTÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO	67
PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	68
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	68
4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ALVO	68
4.2. AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS.....	75
4.2.1.Estudo da fiabilidade do instrumento para avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros	75
4.2.2.Determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de Enfermagem	76

4.2.3. Factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática	85
4.3. ANÁLISE DAS DIFERENÇAS DE PERCEÇÃO SOBRE OS FACTORES DETERMINANTES DOS AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	97
4.3.1. Diferença de percepção entre os enfermeiros das áreas de actuação da gestão e da prestação de cuidados	97
4.3.2. Diferença de percepção entre os enfermeiros dos contextos de prestação de cuidados de internamento, urgência e ambulatório	99
4.3.3. Diferença de percepção entre os enfermeiros nas restantes variáveis sócio demográficas	100
5. CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL	103
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
APÊNDICES.....	120
APÊNDICE I – Instrumento de avaliação do ambiente de trabalho dos Enfermeiros	121
APÊNDICE II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração da organização hospitalar para a realização do estudo.....	131
ANEXOS	133
ANEXO I - Instrumento de avaliação da qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros da edição do ICN “Ambientes Favoráveis à Prática”	134
ANEXO II - Resultados do tratamento de dados.....	139
ANEXO III - Resultados dos testes estatísticos.....	152

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1 -	Esquema relativo a características e componentes da responsabilidade da Organização.....	16
Esquema 2 -	Esquema relativo a características e componentes da responsabilidade dos Enfermeiros.....	36
Esquema 3 -	Esquema relativo a características e componentes da responsabilidade do Governo.....	50
Esquema 4 -	Esquema relativo a características e componentes da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 -	Fundamento do modelo Magnet.....	12
Figura 2 -	Modelo relativo à organização das dimensões para análise dos ambientes favoráveis à prática.....	14

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 -	Lista de verificação para um ambiente favorável à prática para os profissionais de saúde.....	10
Quadro nº 2 -	Atributos organizacionais e resultados dos hospitais Magnet.....	13
Quadro nº 3 -	Resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett – D. Organização.....	86
Quadro nº 4 -	Matriz de 6 componentes principais rodadas pelo método Varimax - D.Organização.....	88
Quadro nº 5 -	Resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett – D. Enfermeiro.....	89
Quadro nº 6 -	Matriz de 4 componentes principais rodadas pelo método Varimax – D. Enfermeiro.....	90
Quadro nº 7 -	Resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett – D. Governo.....	90

Quadro nº 8 -	Matriz de 1 componente principal – D. Governo.....	91
Quadro nº 9 -	Resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett – D. Associação Profissional.....	91
Quadro nº 10 -	Matriz de 2 componentes principais rodadas pelo método Varimax – D. Associação Profissional.....	92
Quadro nº 11 -	Padrões factoriais e factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática, segundo a percepção dos Enfermeiros do HNSR	94

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 -	Distribuição dos enfermeiros segundo a idade.....	68
Tabela nº 2 -	Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional.....	72
Tabela nº 3 -	Consistência interna das dimensões do instrumento de recolha de dados.....	75
Tabela nº 4 -	Distribuição das dimensões e factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática segundo com a percepção dos Enfermeiros do HNSR.....	97
Tabela nº 5 -	Resultado do teste <i>t student</i> – Área de actuação	98
Tabela nº 6 -	Resultado ao cálculo da análise de variância ANOVA – Contexto de prestação de cuidados.....	100
Tabela nº 7 -	Resultado do teste <i>t student</i> – Título profissional.....	102
Tabela nº 8 -	Resultado do teste <i>t student</i> – Género.....	102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 -	Distribuição dos enfermeiros segundo a idade.....	69
Gráfico nº 2 -	Distribuição dos enfermeiros segundo o género.....	69
Gráfico nº 3 -	Distribuição dos enfermeiros segundo o grau académico.....	70
Gráfico nº 4 -	Distribuição dos enfermeiros segundo o título profissional.....	71
Gráfico nº 5 -	Distribuição dos enfermeiros segundo a relação jurídica de emprego.....	71

Gráfico nº 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional.....	72
Gráfico nº 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a área de actuação.....	73
Gráfico nº 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo o contexto de exercício profissional.....	73
Gráfico nº 9 - Distribuição das componentes que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem da Dimensão Organização segundo a média.....	77
Gráfico nº10 - Distribuição das componentes que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem da Dimensão Enfermeiro segundo a média.....	81
Gráfico nº11 - Distribuição das componentes que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem da Dimensão Governo segundo a média.....	83
Gráfico nº12 - Distribuição das componentes que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem da Dimensão Associação Profissional segundo a média.....	84

1. INTRODUÇÃO

1.1. O CONTEXTO DO ESTUDO

Os sistemas de saúde a nível mundial deparam-se, por um lado, com um crescendo de necessidades de saúde por parte dos cidadãos e, por outro, com o imperativo das restrições orçamentais decorrentes da garantia de sustentabilidade destes sistemas, devendo conduzir, simultaneamente, a uma melhoria da saúde das populações e aos melhores resultados económico-financeiros.

Esta realidade determina novas exigências e desafios com consequentes alterações das condições de trabalho nas organizações de saúde. Assiste-se a uma preocupação crescente, por parte dos profissionais que exercem a sua actividade nestas organizações, de que as condições dos contextos de trabalho afectem a qualidade do seu desempenho e tenham repercussões na qualidade de cuidados fornecidos aos cidadãos e, por conseguinte, nos resultados da performance organizacional.

A qualidade dos cuidados de saúde, constituindo-se como um requisito indissociável do sistema de saúde, é considerada um factor vital para o sucesso das organizações com ou sem fins lucrativos, públicas ou privadas. Neste sentido, torna-se um imperativo para os profissionais de saúde em geral e para os enfermeiros em particular desenvolver medidas para avaliar e promover a qualidade contextos de prestação de cuidados de saúde. Este imperativo levou a que detivesse um interesse particular na escolha deste tema e o considerasse no desenvolvimento da presente dissertação. Para além do interesse é, simultaneamente, uma preocupação dado o compromisso assumido no desempenho de funções de gestão estratégica numa organização de saúde. A este nível de gestão a melhoria do ambiente de trabalho é um objectivo a atingir, na medida em que é a base para a excelência do exercício dos profissionais, tendo repercussões na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e, particularmente, dos cuidados de enfermagem. Realça-se, a este propósito, no que diz respeito à enfermagem, que é reconhecido o direito dos enfermeiros a *“usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade”* (alínea c, ponto 2, art. 75º, Decreto de Lei nº 104/98, de 21 de Abril).

A qualidade do ambiente de trabalho das organizações de saúde vista numa óptica abrangente de gestão proporciona, não só, a busca incessante das melhores práticas numa perspectiva de melhoria contínua, mas também, a racionalização, eficácia e eficiência do serviço prestado.

A necessidade de implementar Sistemas de Qualidade em Saúde não é recente. Já em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reiterou esta necessidade. Nas “Metas da Saúde para todos no ano 2000” (meta 31), foi explicitado que, *“até 1990, todos os Estados Membros deveriam ter estabelecido mecanismos eficazes de garantia de qualidade dos cuidados aos utentes, no quadro dos sistemas de cuidados de saúde”* (OMS, 1985, p.134).

Esta meta foi, então, formalmente assumida por Portugal, tendo sido criado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde, a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde. A qualidade em saúde está, actualmente, sob a responsabilidade repartida entre a Administração Central do Sistema de Saúde e a Direcção Geral de Saúde (DGS), na sequência da reforma da Administração Pública Central do Estado de 2005-2008 (PRACE), que culminou com publicação da nova Lei orgânica do Ministério da Saúde¹, (Viegas, Frada, Pereira Miguel, 2009). No âmbito da DGS foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde (Portaria nº 155/2009, de 10 de Fevereiro), que assume o papel de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, publicada no Despacho nº 14223/2009, de 24 de Junho. Entretanto, no contexto de um conjunto de recomendações, recentemente produzidas e consensualizadas por um grupo de trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sobre o futuro da governação dos hospitais, é aconselhada a criação de uma Autoridade Nacional para a Qualidade em Saúde (ANQS). A esta Autoridade competiria *“preparar uma Estratégia Nacional para a Qualidade e propor, desde já, um conjunto de condições indispensáveis para o desenvolvimento da qualidade nos hospitais (formação dos profissionais, modelos de incentivos, definição de critérios e padrões de qualidade, concepção, liderança e monitorização dos projectos, desenvolvimento de auditorias,...”* (Delgado, 2009, p.53-54).

Dos vários projectos de qualidade desenvolvidos em Portugal realçam-se o King's Fund Health Quality Service (HQS), o Qualigest (modelo de autoavaliação da gestão baseado no modelo *European Foundation for Quality Management - EFQM*), as Normas de Orientação Clínica (NOC), os Manuais da Qualidade na Admissão e Encaminhamento e os indicadores de desempenho *Portuguese Quality Indicator Project* (PQIP). Nos últimos anos surgiu a

¹ Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de Outubro

Acreditação pela *Joint Comission International*, que se afirma como um meio por excelência de monitorização da melhoria contínua, sendo considerada a maior entidade acreditadora de organizações de saúde nos Estados Unidos (Pereira, 2005). Existem, em Portugal, 10 hospitais em processo de acreditação por esta entidade.

No que respeita à enfermagem, foram definidos, em 2001, pela Ordem dos Enfermeiros, no âmbito das suas atribuições, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem². Estes Padrões constituem-se como um referencial para a criação e desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados de enfermagem e, desde o ano 2005, têm vindo a ser implementados nas organizações de saúde, na sequência de um projecto promovido por esta Associação Profissional. A sua implementação tem como pressuposto que as organizações de saúde desenvolvam esforços no sentido de proporcionar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, tendo, para isso, de *“adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.5). Neste sentido as unidades de cuidados devem constituir-se como espaços qualificantes.

Com base neste desiderato a Ordem dos Enfermeiros publicou, em 2007, um conjunto de instrumentos de informação e acção, edição intitulada “Ambientes Favoráveis à Prática: Condições de trabalho = Cuidados de qualidade”, tradução do original inglês *“Positive Practice Environments: Quality Workplaces = quality Patient Care”* e editada pelo o *International Council of Nurses (ICN)*³. Este conjunto de instrumentos foram concebidos para alertar os enfermeiros e levá-los a actuar, podendo ser utilizado por gestores, enfermeiros na linha da frente, presidentes do conselho de administração, associações profissionais e ou organismos de regulação. Nesta publicação está disponível um instrumento de avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros. Segundo o ICN, a aplicação deste instrumento permite fornecer dados para todas as partes interessadas em melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de saúde, podendo contribuir para a promoção da enfermagem e dos ambientes favoráveis à prática. É manifesto o interesse desta federação em avaliar os ambientes de trabalho das várias profissões da saúde, considerando ser necessário obter

² Enquadramento conceptual e seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados de enfermagem.

³ O International Council of Nurses (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, este conselho é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde a nível global.

dados neste âmbito, para que possam ser cruzados com dados obtidos noutros países. É de realçar que este instrumento, proposto pelo ICN, foi apenas traduzido, não tendo sido submetido a validação para aplicação à realidade portuguesa.

O estabelecimento de ambientes favoráveis à prática é considerado um programa prioritário, tendo o ICN lançado uma campanha internacional recente, Janeiro de 2008, que visa avaliar os ambientes de trabalho dos profissionais de saúde. É, igualmente, prioritário para o *International Centre for Human Resources in Nursing* (ICHRN), que tem como objectivo melhorar a qualidade dos cuidados através da promoção da enfermagem, dos serviços de saúde e de actividades promocionais para os ambientes favoráveis à prática (ICN, 2007).

Em Portugal, no ano de 2007, foi dado destaque a este tema, tendo sido esta a problemática escolhida para a comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro. Em Julho de 2008, no âmbito do Fórum Europeu das Associações Nacionais de Enfermagem e Enfermagem Obstétrica (*European Fórum of National Nursing and Midwifery Assotiations – EFNMA*), realizado no Uzbequistão, foi aprovada uma declaração de intendência⁴ dos sistemas de saúde. O EFNMA, apoiando os princípios da OMS e da ONU, que afirmam que a Saúde constitui um direito humano básico e que a igualdade de acesso aos cuidados de saúde para todos os cidadãos requer a existência de política e legislação necessárias, incentivou os enfermeiros a envolverem-se na intendência individual através, entre outros, da *"criação de ambientes favoráveis à prática, garantia de auto-regulação e manutenção dos padrões da prática"* (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.49).

1.2 A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

A qualidade, para Fernandes (2008, p.138), *"tem significados diferentes em função de ser doente, profissional ou gestor"*. É intenção, neste estudo, focar a perspectiva dos profissionais considerando que têm vindo a encetar esforços no sentido de corresponder a uma melhor compatibilização entre as actuais exigências e requisitos e os desafios com que se defrontam.

⁴ A intendência pode ser definida como sendo a gestão cuidadosa e responsável de algo que foi confiado ao nosso cuidado, como uma forma eticamente informada, ou boa, de governação. Envolve, segundo a OMS, a influência de políticas e acções em todos os sectores que possam afectar a saúde da população. A função da intendência implica a capacidade de formular uma orientação política estratégica, de garantir a boa regulação e os instrumentos para a implementar, bem como de facultar as informações necessárias acerca do desempenho do sistema de saúde para efeitos de responsabilização e transparência (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Neste sentido e partindo da ideia de que as unidades de cuidados das organizações de saúde devem constituir-se como espaços qualificantes e favoráveis à prática, dadas as implicações não só ao nível dos cidadãos/utentes como também dos profissionais de saúde, existe a percepção de que estas nem sempre possuem as condições indispensáveis e favoráveis ao exercício dos seus profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, mormente os esforços desenvolvidos no âmbito da implementação de sistemas de qualidade.

A falta destas condições afecta a saúde física e psicológica dos enfermeiros levando à insatisfação profissional, rotatividade, absentismo e problemas no desempenho (ICN, 2007). O ICN, a este propósito, afirma que os ambientes de trabalho pouco saudáveis enfraquecem o desempenho dos enfermeiros e os afasta de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão, sublinhando que “...há ambientes que fazem precisamente o contrário, que apoiam a excelência e têm o poder de atrair e reter os enfermeiros”, aos quais atribuiu a designação de “Ambientes Favoráveis à Prática”, reforçando a ideia de que “Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade” (ICN, 2007, p.5).

Os ambientes de trabalho pouco saudáveis afectarão, também, outros profissionais da saúde, repercutindo-se na qualidade do serviço prestado e no compromisso para com a organização.

Da pesquisa da literatura efectuada sobre esta problemática verifica-se que não existem, em Portugal, estudos específicos sobre ambientes favoráveis à prática dos profissionais de saúde. Existem dois estudos sobre as condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses, um realizado por Carapinheiro (1997) e outro solicitado pela Ordem dos Enfermeiros à Universidade Católica (2004), cujos resultados apontam para a existência de repercussões das condições de trabalho na vida profissional e pessoal dos enfermeiros. É referido, neste segundo estudo, que há enfermeiros altamente motivados mas cansados devido à carga de trabalho que suportam, à instabilidade laboral, à falta de meios materiais para prestar cuidados, à violência dos locais de trabalho, entre outros.

Acredita-se que um ambiente de trabalho favorável à prática é um ambiente que maximiza a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, os resultados de qualidade para os utentes e o desempenho organizacional (Registered Nurses` Association of Ontário, 2006).

Stephanie Ferguson⁵, citada pela Ordem dos Enfermeiros (2007b), salienta a importância da enfermagem assumir um papel de liderança, nas unidades de saúde, para criar ambientes seguros e favoráveis à prática.

Neste sentido, consciente de que é, então, necessário apontar caminhos promotores da qualidade das unidades de cuidados de saúde e que esta problemática se constitui como uma área prioritária de investigação a desenvolver, opta-se por desenvolver a presente dissertação centrada nos ambientes favoráveis ao exercício profissional dos enfermeiros. Dada a relevância para a profissão e considerando o papel de líder e gestora em enfermagem, as conclusões do estudo poderão contribuir para o delineamento de estratégias que visem a promoção da qualidade do ambiente no contexto onde o mesmo se desenvolve. Por outro lado, a aplicação de um instrumento, adaptado à realidade portuguesa, que permite avaliar o ambiente de trabalho dos enfermeiros, poderá representar uma mais valia para organizações de saúde em geral, podendo constituir-se como um instrumento útil para outros enfermeiros gestores. Este instrumento possibilitar-lhes-á avaliar e obter dados, de forma sistemática, sobre os seus contextos de trabalho o que contribuiria, certamente, para:

- Consciencializar os responsáveis dos diferentes níveis de gestão sobre o diagnóstico da situação relativa ao ambiente da prática;
- Estimular a reflexão no sentido de delinearem estratégias de melhoria contínua da qualidade desse ambiente;
- Implementar um plano visando promover ambientes mais favoráveis à prática dos enfermeiros e profissionais de saúde em geral, dadas as implicações na qualidade dos cuidados.

Definiu-se, então, como objecto de estudo os ambientes (favoráveis à) da prática de cuidados de enfermagem numa organização hospitalar. Importa, então, saber o que determina um ambiente favorável à prática, colocando-se a seguinte questão de partida para a investigação: Quais serão as percepções dos enfermeiros sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar?

Perante a problemática exposta formulou-se a seguinte hipótese teórica: Existem condições favoráveis para a criação de um modelo de desenvolvimento organizacional baseado em ambientes favoráveis à prática, pese embora que dependem de factores críticos

⁵ Stephanie L. Ferguson PhD, FAAN, membro da *American Academy of Nursing*, foi, até final de 2008, consultora para a Política de Enfermagem e de Saúde no ICN e Directora do Programa de Liderança para a Mudança TM.

de sucesso ao nível organizacional, profissional, governamental e da associação profissional do sector.

O propósito deste estudo tem, assim, em vista descrever e analisar as percepções dos enfermeiros sobre os factores que podem contribuir para um ambiente favorável ao seu exercício profissional e fornecer dados sobre esse ambiente às partes interessadas, visando melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

Face à questão de partida e no sentido de orientar o decurso da investigação definiu-se como objectivo geral: Descrever os factores estratégicos que determinam a existência de um modelo de desenvolvimento organizacional baseado em ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar. Optou-se por um estudo correlacional, cujos dados foram recolhidos através de questionário auto-preenchido, sendo a população alvo os enfermeiros do Hospital Nossa Senhora do Rosário.

A dissertação está organizada em três partes, iniciando-se por um capítulo introdutório que a contextualiza, explicita a motivação para o seu desenvolvimento e delimita a problemática. Na Parte I é apresentada a revisão da literatura efectuada sobre os aspectos mais relevantes do tema, sendo os conteúdos ordenados tendo em conta os intervenientes com responsabilidades directas na promoção da qualidade dos ambientes de trabalho, ou seja, organizações de saúde, enfermeiros, governo e associação profissional/Ordem dos Enfermeiros. O processo de investigação é descrito na Parte II, onde se especificam as opções metodológicas seguidas e, na Parte III, são apresentados, analisados e discutidos os resultados. Seguem-se as conclusões, realçando-se os contributos do trabalho realizado e termina com um conjunto de recomendações decorrentes dos resultados obtidos e um plano de intervenção sócio-organizacional.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2. AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A qualidade da prestação de cuidados de saúde depende de uma multiplicidade de factores. Estes vão desde as formas de organização e gestão, ao respeito e promoção dos direitos e deveres dos cidadãos e dos profissionais. É, neste sentido que várias organizações: *International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association e Global Health Workforce Alliance*, consideradas partes interessadas, iniciaram uma campanha de cinco anos, para promover ambientes favoráveis à prática, centrando-se na mudança positiva do local de trabalho, de modo a melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Estas Organizações, no decurso desta campanha, pretendem:

- Argumentar no sentido de ambientes de trabalho saudáveis, através da evidência do impacto positivo destes no recrutamento e retenção de pessoal, nos resultados dos utentes e no desempenho do sector da saúde;
- Construir uma plataforma global, um catálogo de boas práticas sobre ambientes de trabalho saudáveis;
- Impulsionar uma tendência sustentada no estabelecimento e aplicação dos princípios de ambientes favoráveis à prática em todo o sector da saúde;
- Celebrar o sucesso no apoio de estratégias efectivas que promovam sistemas de saúde sustentáveis (ICN, et al. 2008).

Esperam obter como resultados da campanha:

- 30% de aumento no financiamento do sector da saúde para o reforço dos ambientes favoráveis à prática;
- 40% dos países em cada região da OMS envolvidos na campanha;

- 40% de todos os países a utilizarem os instrumentos da campanha a nível nacional e local;
- Relatórios baseados na evidência acerca dos resultados nos doentes (ex: menos erros médicos, taxas reduzidas de infeção nosocomial, diminuição da demora média; menos readmissões; taxas reduzidas de insucesso na reanimação; aumento da satisfação dos utentes) e nos profissionais (ex: melhoria na retenção e recrutamento, diminuição do absentismo, stress e burnout);
- Consenso global acerca dos componentes que constituem os ambientes favoráveis à prática;
- Um Dia Mundial da Saúde dedicado aos ambientes favoráveis à prática;
- Componentes dos ambientes favoráveis à prática como parte dos processos de acreditação das instituições de cuidados de saúde (International Centre for Human Resources in Nursing, 2009).

O International Centre for Human Resources in Nursing - ICHRN (2009), apresenta uma lista de características para a verificação da qualidade dos locais de trabalho, elaborada pelas organizações atrás citadas, para ser usada como referência pelos profissionais, gestores das organizações, organismos de regulação e governamentais, de forma a poderem detectar deficiências e desenvolverem estratégias para promoverem ambientes favoráveis à prática para os profissionais de saúde. Neste sentido, apelam a todos os actores deste sector para se aliarem no compromisso e na acção para criarem locais de trabalho com qualidade para prestar cuidados de qualidade, reiterando que todas as partes interessadas têm os seus papéis respectivos e específicos, bem como responsabilidades, sejam elas dos empregadores ou dos funcionários, privadas ou públicas, governamentais ou não-governamentais.

A campanha está aberta a todos os países, serviços e disciplinas de saúde.

A lista de verificação integra quatro organizadores estruturantes (reconhecimento profissional, práticas de gestão, estruturas de apoio, educação, higiene e segurança no trabalho), tal como se pode verificar no quadro que se segue.

Quadro nº 1 - Lista de verificação para um ambiente favorável à prática para os profissionais de saúde

Características-Chave

Reconhecimento profissional	<ul style="list-style-type: none">✓ Reconhecer as competências do profissional de saúde✓ Promover a autonomia e o controlo profissional✓ Recompensar a contribuição e o desempenho✓ Medir a satisfação dos funcionários e agir em função dos resultados
Práticas de gestão	<ul style="list-style-type: none">✓ Compromisso para com oportunidades iguais e tratamento justo✓ Fornecer compensação adequada e atempada✓ Manter sistemas efectivos de gestão do desempenho✓ Oferecer pacotes salariais decentes e flexíveis✓ Envolver os funcionários no planeamento e tomada de decisões✓ Incentivar a comunicação aberta e o trabalho em equipa✓ Promover uma cultura de confiança, justiça e respeito mútuos✓ Adoptar políticas que incentivem de forma positiva a notificação de má conduta profissional✓ Apresentar descrições claras e abrangentes dos cargos✓ Garantir que estão implementados procedimentos efectivos de reparação
Estruturas de apoio	<ul style="list-style-type: none">✓ Investir o suficiente na saúde e nos ambientes de trabalho✓ Promover fortes relações de emprego✓ Aplicar quadros de referência para a regulação de locais de trabalho seguros✓ Fornecer equipamento, materiais e pessoal de apoio adequados✓ Envolver os funcionários na avaliação contínua✓ Promover um equilíbrio saudável entre o trabalho e a vida pessoal✓ Oferecer segurança no emprego e previsibilidade no trabalho✓ Garantir que o exercício profissional está enquadrado num código deontológico✓ Comunicar e manter os padrões da prática✓ Rever os âmbitos da prática e as competências
Educação	<ul style="list-style-type: none">✓ Apoiar oportunidades para o desenvolvimento profissional✓ Oferecer programas de orientação detalhados✓ Promover a supervisão/mentorado/treino efectivos
Higiene e Segurança no Trabalho	<ul style="list-style-type: none">✓ Adenir a níveis seguros de dotações✓ Adoptar políticas de segurança e bem-estar ocupacional

Fonte: ICHRN (2009)⁶

Para o ICN (2008), os ambientes favoráveis à prática são serviços de saúde custo-effectivos que apoiam a excelência e o trabalho, têm o poder de atrair e reter pessoal e de melhorar a satisfação, segurança e resultados dos utentes. Caracteristicamente, estes serviços: garantem a saúde, segurança e bem-estar do pessoal; apoiam os cuidados de qualidade a prestar aos utentes; melhoram a motivação, produtividade e desempenho de indivíduos e organizações.

Na salvaguarda de um conjunto de condições favoráveis ao exercício profissional dos enfermeiros para que prestem cuidados de qualidade, a Ordem dos Enfermeiros (OE) incluiu, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que definiu, uma categoria de

⁶ disponível em http://www.ichrm.com/news/campaigns/PPEPoster_FINAL.pdf

enunciados descritivos designada “organização dos cuidados de enfermagem”. Na prossecução desta categoria deve, cada enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, contribuir para a sua máxima eficácia, nomeadamente para a:

- Existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- Existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- Existência de um sistema de registos de enfermagem;
- Satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do seu exercício profissional;
- O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- Existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros e;
- Utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (OE, 2001).

Estes componentes, considerados importantes na organização dos cuidados de enfermagem, contribuem para a qualidade do ambiente de trabalho e constituem-se como requisitos essenciais para a excelência do exercício profissional dos enfermeiros e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos.

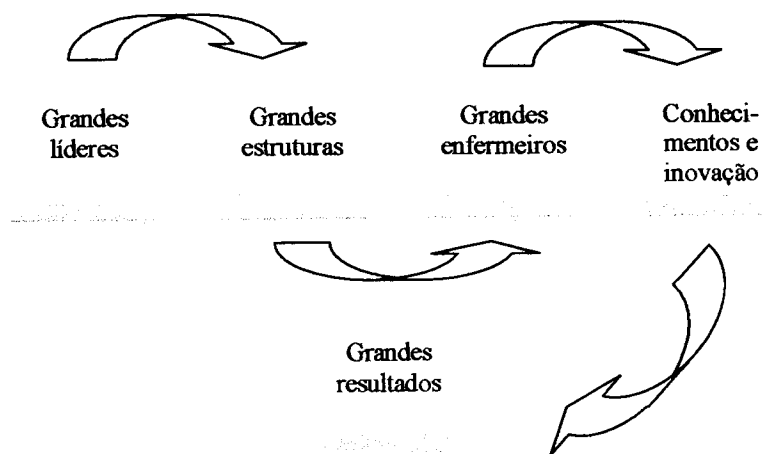
No decurso da pesquisa efectuada sobre ambientes favoráveis à prática dos enfermeiros constatou-se, a nível internacional, que a *American Academy of Nursing*, em 1982, após um estudo de cerca 20 anos, identificou 41 hospitais que, de uma forma consistente, atraíam e retinham enfermeiros. Estes hospitais eram considerados bons locais de trabalho, proporcionavam excelentes cuidados de enfermagem aos utentes e foram designados hospitais-íman (Kramer e Schmalenberg, 1988).

O termo hospital-íman tem como referência *“uma unidade que consegue atrair e reter pessoal com boas qualificações e que presta bons cuidados. Nestes locais os enfermeiros, têm taxas mais baixas de burnout, maior satisfação profissional e melhores resultados com os doentes”* (ICN, 2007, p.14).

Em 2002, outro estudo, intitulado *Magnet Hospitals Revisited*, permitiu que o pessoal de enfermagem de 14 hospitais-íman identificasse oito atributos essenciais para a qualidade dos cuidados, sendo estes: suporte à formação; trabalhar com outros enfermeiros clinicamente competentes; relações positivas entre enfermeiros e médicos; prática autónoma de enfermagem; uma cultura centrada no cliente; supervisão e controle da prática de enfermagem; adequação da parte dos colaboradores; suporte da gestão de enfermagem (Kramer e Schmalenberg, 2004).

Em 2008, a *American Nurses Credentialing Center* (ANCC), apresentou o que designa de modelo da próxima geração para o programa de creditação de Organização-Íman (*A New Model for ANCC's Magnet Recognition Program®*). Este centro americano de acreditação de enfermeiros considera que este novo modelo, cujo fundamento está representado na figura 1, está desenhado para fornecer um quadro de prática e pesquisa de enfermagem para o futuro, assim como para servir de guia para as organizações que procuram a acreditação íman.

Figura 1 - Fundamento do modelo Magnet



Fonte: ANCC (2009)

A organização de saúde-íman, na perspectiva deste modelo, deve possuir as seguintes cinco componentes e respectivas forças magnéticas:

1. Liderança transformativa - qualidade da liderança de enfermagem e estilo de gestão;
2. Empoderamento estrutural - estrutura organizacional, políticas e programas de pessoal, comunidade e organização dos cuidados de saúde, imagem da enfermagem e desenvolvimento profissional;
3. Prática profissional exemplar - modelos profissionais dos cuidados, recursos e consultoria, autonomia, enfermeiras educadoras, relações interdisciplinares;
4. Novos conhecimentos, inovação e melhoria - melhoria da qualidade;
5. Qualidade dos resultados empíricos - qualidade dos cuidados (ANCC, 2009).

A ANCC divulgou alguns resultados relativos aos 321 hospitais Magnet que podem ser visualizados no quadro que se segue.

Quadro nº 2 - Atributos organizacionais e resultados dos hospitais Magnet

Atributos organizacionais	Resultados
Rotatividade de enfermeiros	11,8%
Vagas de enfermeiros	3,8%
Permanência dos enfermeiros na organização	9,6 anos
Enfermeiros líderes com mestrado	46,3%
Enfermeiros líderes com certificação	46,8%
Enfermeiros na prestação de cuidados com certificação	27,6%
Hospitais Magnet com contrato colectivo	11,0%
Nível de formação dos enfermeiros da prestação de cuidados:	
Mestrado	3,7%
Bacharelato	46,6%
Cursos breves	38,4%
Diploma	11,2%

Fonte: ANCC (2009)

No que se refere ao Instrumento de avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros apresentado pelo ICN⁷ (Anexo I), o mesmo está organizado em cinco dimensões (Organizações; Enfermeiro; Governo; Associação Nacional de Enfermeiros; Organismo de Regulação), evidenciando que estas partes interessadas do sector da saúde têm os seus papéis e responsabilidades na promoção de ambientes favoráveis à prática dos profissionais de enfermagem, o que está de acordo com o pensamento das Organizações que iniciaram a campanha sobre este tema. As dimensões consideradas integram as seguintes componentes:

1. **Organizações:** reconhecimento dos enfermeiros; compensação pelo trabalho; progressão na carreira; recrutamento e retenção de enfermeiros; segurança no trabalho e saúde ocupacional; equipamento seguro; procedimentos de reclamação; política e procedimentos para a delação; controlo da prática e do horário; previsibilidade e especificação do emprego; rotatividade de enfermeiros; violência no local de trabalho; participação na tomada de decisão.
2. **Enfermeiro:** código de ética; comunicação interprofissional; reconhecimento de boa prática de comunicação; carga laboral e dotações seguras; apoios físicos e equipamentos para a prática segura; formação e desenvolvimento.

⁷ Instrumento publicado na p.49-52, da edição intitulada “Ambientes Favoráveis à Prática: Condições de trabalho = Cuidados de qualidade”, publicada em 2007.

3. **Governo:** papel do governo relativo a cuidados de saúde e financiamento para a investigação ao ambiente de trabalho; estratégias regionais; apoio à força de trabalho da enfermagem; investimento na saúde e no ambiente de trabalho; financiamento para o sistema de cuidados de saúde.
4. **Associação Nacional de Enfermeiros:** promoção de ambientes de trabalho saudáveis; normas e orientações profissionais; reconhecimento social; oportunidade de formação contínua/desenvolvimento profissional.
5. **Organismo de Regulação:** acompanhamento do exercício profissional; questões emergentes da força de trabalho (ICN,2007).

Considerando o exposto sobre os ambientes favoráveis à prática evolui-se para um modelo de análise, apresentado na figura 2, que orientará a pesquisa exploratória da literatura, contribuindo para a reflexão e clarificação da problemática.

Figura 2 – Modelo relativo à organização das dimensões para análise dos ambientes favoráveis à prática



Este modelo assenta em cinco organizadores estruturantes - reconhecimento profissional, práticas de gestão, estruturas de apoio, educação, higiene e segurança no trabalho - que são posteriormente desagregados num conjunto de características e componentes definidores da qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais de

enfermagem, tendo em conta as responsabilidades das várias entidades intervenientes no processo.

2.1. DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO

Os serviços de saúde são organizações bastante peculiares, concebidas com base no princípio do superior interesse dos clientes. São sistemas compostos por actividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objectivos comuns (Chiavenato, 1995).

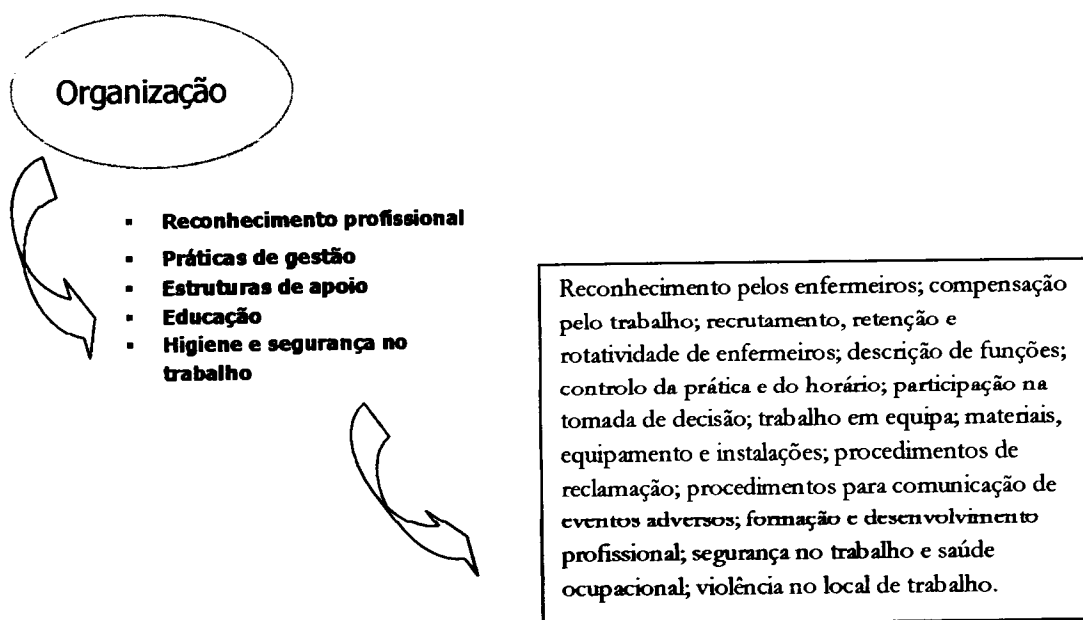
As organizações hospitalares são “*componentes importantes do continuum de cuidados dos sistemas de saúde*” (Guerra, 2009, p.235). Estas organizações, à semelhança do restante sector da saúde em Portugal, têm sido sujeitas a um processo de reorganização no sentido de uma lógica de gestão empresarial, alterando, em 2002, a sua natureza jurídica para sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e, posteriormente, em 2005 para entidades públicas empresariais.

Esta lógica de gestão levou a alterações na gestão de recursos humanos fazendo aplicar o código do trabalho e estabelecendo novos regimes de vinculação, carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas (Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro).

No contexto hospitalar os enfermeiros representam o maior grupo profissional, tal como no restante sector da saúde. No âmbito do processo de cuidados estes profissionais assumem o papel de *pivot* no contexto da equipa (OE, 2001), assegurando o *continuum* de cuidados de saúde a prestar aos utentes durante as vinte e quatro horas do dia e referenciando as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde.

Partindo do modelo de análise anteriormente exposto e considerando o papel e responsabilidades das organizações de saúde enumeram-se, no esquema que se segue (esquema 1), algumas características e componentes que poderão ser considerados determinantes da qualidade dos ambientes da prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

Esquema 1 – Esquema relativo a características e componentes da responsabilidade da organização



Segue-se uma revisão da literatura acerca destas características e componentes de forma a contribuir para a consolidação do quadro teórico.

Reconhecimento pelos enfermeiros

As pessoas são o património mais importante das organizações, devendo por isso mesmo ser valorizadas e reconhecidas como tal. O reconhecimento dos indivíduos pelas organizações tem subjacente uma dimensão de autoavaliação, que ocorre quando a pessoa analisa as suas competências, e uma dimensão de hetero-avaliação que é produzida quando os empregadores ou seus representantes comparam as competências profissionais da pessoa com as do referencial (Spencer e Spencer, 1993).

Sentir-se reconhecido implica uma avaliação periódica do que cada um faz, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais, ou seja, implica perceber ou sentir se aquilo que recebe (dinheiro, segurança no emprego, condições de trabalho, conforto, bem-estar, amizade dos colegas, apreço dos utentes, autonomia no trabalho, oportunidades de formação contínua, desenvolvimento e reconhecimento de um projecto profissional) está de acordo com aquilo que espera obter (Graça, 1998).

A enfermagem portuguesa tem, actualmente, um enquadramento profissional e jurídico próprio, tendo-se afirmado como disciplina do conhecimento autónoma. Tem sido pioneira e uma referência no contexto europeu no que diz respeito à coerência do percurso, que os enfermeiros pretendem ver valorizado, e à qualidade da formação, assim como ao desenvolvimento e autonomia da profissão.

Do percurso de desenvolvimento mais significativo, desde a década de 70, realçam-se quatro marcos fundamentais: a criação de uma carreira profissional única; a integração da educação de enfermagem no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior; o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)⁸ e a criação da Ordem dos Enfermeiros⁹.

O REPE configura o exercício de enfermagem, clarifica conceitos, intervenções e áreas de actuação, assim como, direitos e deveres dos enfermeiros. No seu preâmbulo, considera-se que

a enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde. (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro)

Este regulamento estabelece que o exercício da actividade profissional dos enfermeiros, para além da prática clínica, considera as áreas de gestão, docência, formação e assessoria, suportadas pela investigação.

No estatuto da Ordem dos Enfermeiros é reconhecido o papel dos enfermeiros, sendo afirmado que

...constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem. A formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior desde 1988, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos e a assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população. De igual modo, o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde. (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril)

⁸ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro

⁹ Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril

A enfermagem e os enfermeiros adquiriram, assim, estatuto social e profissional e, também, reconhecimento académico¹⁰. Os enfermeiros detêm, hoje, para além da licenciatura, o mestrado e doutoramento. Nesta sequência esperam deter reconhecimento profissional.

A possibilidade de os enfermeiros não se sentirem suficientemente reconhecidos pelo seu trabalho, quer individualmente quer em equipa, foi colocada por Pereira, Bem-Haja, Ferreira e Rodrigues (2008), a partir dos resultados de um estudo sobre a percepção da liderança, que envolveu 103 enfermeiros prestadores de cuidados de uma unidade hospitalar, tendo constatado que a dimensão reconhecimento apresentava valores inferiores à média global.

Compensação pelo trabalho

A palavra “recompensa” refere-se ao reconhecimento de um serviço ou de uma acção meritória e o termo “incentivo” - do latim *incentivu* - refere-se ao que incita, estimula, impulsiona.

Os conceitos de recompensas e de incentivos podem ou não estar associados a recompensa pecuniária. O sistema de recompensas integra a recompensa base, conhecida por salário ou vencimento, os incentivos ligados ao grau de performance obtido, individualmente e em grupo, bem como a recompensa indirecta, que pode consistir em benefícios diversos.

Para os enfermeiros a remuneração *“é importante e tem um impacto positivo na satisfação”* (OE, 2004, p.275). Esta é uma das conclusões retiradas do estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses solicitado pela Ordem dos Enfermeiros à Universidade Católica, que envolveu 2065 enfermeiros. Também, um adequado sistema de recompensas é essencial para atingir níveis mais altos de eficiência (Peretti, 1998). O sistema de recompensas é encarado como o conjunto de instrumentos coerentes e alinhados com a estratégia da empresa (Câmara, 2000), constituindo a contrapartida da contribuição prestada através do desempenho profissional. Este autor aponta os seguintes “pilares” dos sistemas de recompensa: coerência dos seus componentes; alinhamento com os objectivos estratégicos da empresa; integração de componentes materiais e imateriais; atribuição

¹⁰é criado, em 1999 o curso de licenciatura em enfermagem e os cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, sendo estes regulamentados em 2002 - Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro.

baseada no desempenho e contribuindo para os resultados do negócio; o propósito de ser fonte de motivação e produtividade.

Tal como refere Peretti (1998), a política de recompensas tem implicações na satisfação e insatisfação dos colaboradores e para ser eficaz, deve influenciar as suas percepções e as convicções de forma a produzir os comportamentos desejados.

Tradicionalmente, as recompensas e melhorias do estatuto são obtidas em função de aspectos objectivos como a antiguidade e a progressão em carreiras profissionais. A obtenção de recompensa através do reconhecimento e/ou mérito pode ser algo subjectivo.

A este propósito, Spencer e Spencer (1993) e Franco (2007), contrariando a eventual subjectividade, afirmam que a remuneração baseada nas competências pressupõe uma relação clara, objectiva e directa, com a contribuição efectiva de cada pessoa e com os conhecimentos, perícias e experiência utilizados para a realização dos objectivos da organização, em termos de resultados tangíveis. Este tipo de compensação sugere que um trabalhador receba um salário tanto maior quanto mais capacitado esteja para desempenhar um maior número de funções dentro de uma organização. É uma forma de retribuição variável que exige uma definição e avaliação precisa das competências profissionais.

Actualmente estão previstos incentivos a aplicar no âmbito da avaliação do desempenho das organizações e dos profissionais.

Recrutamento e retenção de enfermeiros

O recrutamento visa atrair candidatos potencialmente qualificados, capazes de satisfazer as necessidades de pessoal de uma entidade empregadora (art. 2º, Portaria nº83-A/2009, de 22 de Janeiro).

As condições de trabalho e as práticas dos enfermeiros, nas organizações hospitalares, poderão ser determinantes na atracção e retenção de enfermeiros qualificados.

Para Regueiras (2001), os hospitais constituem um dos ambientes de trabalho mais stressantes e a profissão de enfermagem, para além dos riscos que envolve, é uma profissão de grande desgaste, também devido à complexidade de actividades e de exigências específicas dos serviços.

Segundo Baumann et al. (2001), citado pelo ICN (2007, p.7-8), *“longos períodos de tensão profissional afectam as relações pessoais e aumentam o tempo de baixa por doença, conflito, insatisfação profissional, rotatividade e ineficiência”* e existe uma *“relação entre o*

stress no local de trabalho e a moral dos enfermeiros, o compromisso para com a organização e intenção de abandono”.

Há muitos enfermeiros a trabalhar em locais, serviços e instituições onde não se sentem bem e pretendem mudar, esta é uma das conclusões do estudo sobre Burnout no trabalho e conjugal desenvolvido por Queirós (2005), que envolveu 965 enfermeiros portugueses. Constatou o autor que 42% dos enfermeiros pretendiam mudar de serviço, 29% de instituição e 11% de profissão. Esta intenção estava relacionada com elevados níveis de exaustão emocional e física.

A exposição ao excesso de trabalho pode convencer os enfermeiros de que não são respeitados ou valorizados. Actualmente, as organizações de saúde confrontam-se, devido aos limites orçamentais, com limitações na afectação de recursos humanos, sendo necessário, tal como referem Santana e Vaz (2009), repensar orientações e políticas de gestão destes recursos, nomeadamente de médicos e enfermeiros, com vista à melhorar adequação do número e rentabilização dos existentes. Por outro lado, urge a aplicação de instrumentos de gestão que potenciem a sua produtividade, num quadro de inclusão de projectos profissionais individuais, num projecto mais vasto que leve à concretização da missão e visão das organizações, incluindo os objectivos de qualidade e desenvolvimento organizacional.

O ICN (2007), na sequência de alguns estudos levados a cabo por Baumann, Yan, Degelger e Malikov, em 2006, refere que os países que têm sucesso na retenção da sua força de trabalho possuem alguns aspectos em comum. Da comparação entre a retenção de enfermeiros efectuada no Canadá, Reino Unido, Uganda e Tailândia verificou-se que estes países tinham efectuado um investimento na saúde e tinham um enquadramento político abrangente que dava resposta a questões como o aumento do recrutamento de enfermeiros, o compromisso com a formação contínua, a adequação dos salários, iniciativas conducentes a ambientes favoráveis à prática, tais como subsídios de alojamento, infantários e horários flexíveis.

Outro estudo que abrangeu 12 hospitais, Magnet e convencionais, onde foram analisadas as suas características estruturais e organizacionais e envolveu, respectivamente, 401 e 774 enfermeiros, concluiu que, apesar de não se diferenciarem nas características estruturais, os hospitais diferiam nas suas características organizacionais. Os hospitais considerados Magnet, percebidos como hospitais saudáveis, apresentavam diferenças relativamente aos convencionais na exposição ao risco, exigências emocionais, ambiguidade de papel e conflitos, esforço no equilíbrio entre a recompensa e o trabalho, relações com os

enfermeiros gestores, capacidade de trabalho e satisfação com o tempo de trabalho, turnos e horários, satisfação no trabalho e comprometimento, o que determinava um menor cansaço e menor intenção de abandono do mesmo (Stordeur e D`Hoore, 2006).

Importa fazer referência a outro estudo mais recente, realizado por Brant e Gomez (2009) que envolveu trabalhadores, gestores e profissionais de saúde, onde concluíram que estes, em situações de vulnerabilidade, possuíam capacidade de resistência, criando condições mínimas para a sua permanência no emprego, apesar de não conseguirem evitar situações favorecedoras do sofrimento. Na perspectiva dos autores, na resistência como acção, o trabalhador age e crê em si mesmo espontaneamente, é capaz de manifestar o sofrimento, reconhecer e recusar adoecer.

Rotatividade de enfermeiros

A rotatividade permanente dos enfermeiros nas organizações de saúde e a respectiva instabilidade que a mesma provoca tem implicações na qualidade dos cuidados de enfermagem e de saúde e reflexos negativos na saúde dos cidadãos (Carvalho, 2006).

É necessário garantir a vinculação dos profissionais à organização também numa óptica de segurança de cuidados. Na perspectiva de Benner (2001), que expõe as suas concepções, a partir de uma investigação sistemática realizada nos Estados Unidos, em nove hospitais, sobre o desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem, aponta para a existência de níveis crescentes de competências (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), de acordo com o rendimento dos enfermeiros. Comprovou que os conhecimentos incluídos na perícia clínica *“são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem”* (idem, p.33). Nesta perspectiva a rotação de enfermeiros aliada a uma tecnologia sempre em evolução tem repercussões no desenvolvimento profissional e organizacional. A elevada rotatividade leva à diminuição do número de enfermeiros experientes que são considerados essenciais à transmissão do saber e do julgamento clínico, fundamentais para a prestação de cuidados seguros.

O Sindicato dos Enfermeiros Portugueses declarou, em 2006, que era *“preciso criar mecanismos que fixem Enfermeiros às instituições, pois actualmente a rotatividade (Turn Over) nos Enfermeiros é a mais elevada entre as várias profissões”*. (Extracto de carta enviada ao Ministro em 26.09.2006, pelo SEP, relativa à revisão da carreira de enfermagem). No entanto, tem-se vindo a assistir a uma diminuição da rotatividade de enfermeiros nas organizações de saúde. Esta nova situação é decorrente de uma oferta de enfermeiros

superior à procura. Esta situação resulta de limitações à sua contratação pela necessidade de contenção da despesa, face aos limites orçamentais estabelecidos para as organizações de saúde e, ainda, devido à dificuldade de mobilidade interinstitucional de recursos humanos na sequência das recentes alterações legislativas¹¹.

Descrição de funções

Sempre que os enfermeiros acedem ao mercado de trabalho, é-lhes reconhecida a associação entre o título académico (licenciado) e profissional (de enfermeiro e de enfermeiro especialista), sendo este último atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

No REPE estão clarificadas as três áreas de actuação dos enfermeiros - prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica e, na carreira de enfermagem, os conteúdos funcionais das diferentes categorias profissionais. No entanto, as organizações que contratam estes profissionais, no sentido de deterem pessoas com competências e qualificações para cumprirem cabalmente a sua missão, para além da legislação específica aplicável, devem possuir o descritivo de funções de todo o pessoal, para avaliação do cumprimento de todas as suas responsabilidades. No âmbito da acreditação pela JCI está estabelecido que *"as responsabilidades de cada membro do pessoal são definidas nos seus conteúdos funcionais"* (JCI, 2007, p.197). No caso dos enfermeiros, com exercício profissional autónomo e regulado, torna-se apenas necessário adicionar, ao conteúdo funcional dos enfermeiros legalmente definido, as responsabilidades específicas de acordo com as exigências do contexto de acção, como por exemplo a pediatria, cuidados intensivos, bloco operatório, entre outros.

Controlo da prática e do horário

O controlo da prática está relacionado com o conceito de autonomia, que consiste na *"liberdade de acção com que cada pessoa escolhe – as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em plano que elas mesmas tenham seleccionado"* (OE, 2003, p. 53).

Hoje, a autonomia é condição básica para conviver com os riscos, as incertezas e os conflitos dessa sociedade. A falta de autonomia, do ponto de vista psicológico, obstaculiza as discussões abertas, gera conflitos e impede a manifestação plural. Somente um indivíduo autónomo terá sucesso nas esferas económica, psicológica, socio-cultural e/ou política, pois é um indivíduo que interroga, reflecte e delibera com liberdade e responsabilidade.

¹¹ Novo regime de vínculos, remunerações e carreiras, Lei nº12-A/2008, de 27 de Fevereiro.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se, assim, num contexto de actuação multiprofissional, em que os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, embora dotada de igual nível de dignidade e autonomia do exercício (ponto 2, art. 3º, Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro).

Sendo detentores de autonomia assumem o dever de manter no exercício das suas funções um padrão de desempenho que dignifique a profissão, assumindo a responsabilidade que lhe é própria pelas decisões que tomam e pelos actos que praticam ou delegam. Precisam de um ambiente para a prática que reconheça as características do seu mandato social.

Na abordagem à autonomia em enfermagem importa fazer referência às regras aplicadas à actividade do enfermeiro, que reportam aos princípios que integram o ordenamento jurídico nacional no que respeita à legislação geral e à legislação específica. A legislação específica remete para o REPE, o estatuto da OE, o código deontológico do enfermeiro e a carreira de enfermagem. Estes diplomas contêm as funções dos enfermeiros, diferenciadas pela sua natureza e clarificam o âmbito de intervenção autónoma dos enfermeiros. Para além destes, as competências do enfermeiro de cuidados gerais e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual e enunciados descritivos, orientam os enfermeiros no exercício da profissão e clarificam o público em geral sobre o âmbito e alcance da profissão de enfermeiro.

As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes, dirigidas ao indivíduo, família, grupos e comunidades, incluindo a prestação de cuidados, a gestão, o ensino, a formação, a assessoria e a investigação (art. 9º, Decreto-lei n.º 161/96).

É importante para os enfermeiros o exercício da sua autonomia, dando-lhe visibilidade nos processos de decisão e contribuindo para o reconhecimento social individual e colectivo. Segundo Baguley (1999), a liberdade para actuar de forma autónoma e responsável está consistentemente relacionada com a satisfação profissional dos enfermeiros (ICN, 2007).

Os enfermeiros mais experientes (com mais de cinco anos de experiência profissional) são os que enfatizam mais as competências autónomas da profissão, *“ao sentirem-se mais responsáveis pelas suas acções, ao não dependerem sistematicamente de prescrições de outros técnicos de saúde ou dos seus superiores hierárquicos, assumindo os riscos e responsabilidades inerentes a esse comportamento”*. Este é um dos resultados de um estudo que envolveu 285 enfermeiros de três hospitais portugueses, desenvolvido por Ferreira (2003, p.25).

Os enfermeiros detêm, também, o controlo sobre o seu horário, estando esta função plasmada nos Decretos - Lei nº 247/2009 e nº 248/2009, de 22 de Setembro, que definem o regime da carreira de enfermagem aplicável, respectivamente, aos enfermeiros em contrato individual de trabalho nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados integradas no Serviço Nacional de Saúde e aos enfermeiros integrados na carreira especial de enfermagem cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas. Estes diplomas estabelecem que ao enfermeiro principal compete *“identificar as necessidades de recursos humanos, articulando com a equipa a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias”* (alínea g, art.º 10º)

Participação na tomada de decisão

O trabalho constitui uma actividade vital para o ser humano, devendo ser desenvolvido de modo livre e consciente, ou seja, a pessoa tem possibilidade de produzir e de ser livre diante do produto do seu trabalho, o qual lhe pertence.

Nas relações de trabalho que envolvem desigualdades de poder das partes, com a subordinação jurídica do empregado, a centralidade da pessoa deve ser uma preocupação subjacente da entidade empregadora. A este respeito Alexim (2006) refere que o trabalho será produtor de sentidos para o trabalhador quando este for protagonista no processo, com direito a participar nas decisões sobre o que faz, como faz, quando e onde faz.

É, especialmente, importante a participação dos profissionais de saúde nos planos de acção que visam aspectos problemáticos do ambiente psicossocial do trabalho, sendo esta uma das conclusões de um estudo realizado por Mélanie Lavoie-Tremblay (2005).

A tomada de decisão dos enfermeiros, nas várias áreas (prestação de cuidados, gestão, formação, investigação e assessoria) estão suportadas, como direito fundamental, no REPE. O mesmo determina que o enfermeiro assume a responsabilidade pelos actos que pratica e pelas decisões que toma e que delega. A tomada de decisão implica avaliação das alternativas (julgamento) e escolha entre as alternativas (decisão). No contexto, da prática de enfermagem, podendo estar ou ser separados, o julgamento e a decisão estão interligados e são, frequentemente, discutidos como uma entidade única.

Rios (2008) realça, a partir dos resultados de um estudo realizado em 2007, com profissionais de saúde, que na maioria dos serviços de saúde existia pouca participação efectiva dos mesmos na gestão e construção do processo de trabalho.

Por sua vez Silva (2004) concluiu, na sequência de um estudo sobre a realidade da enfermagem realizado nas organizações de saúde do Alentejo, que as oportunidades que são concedidas à enfermagem para a tomada de decisão não são similares ao nível dos hospitais e dos centros de saúde, existindo maiores constrangimentos ao nível hospitalar. Segundo este autor, esta constatação poderá dever-se à ausência de uma certa autonomia decisória no contexto de trabalho, encontrando-se as decisões concentradas ao nível da direcção de enfermagem e das hierarquias intermédias. É, no entanto, possível encontrar outras formas de negociação no âmbito das relações formais e informais entre pares e com as chefias intermédias, participando os enfermeiros em esquemas indirectos (reuniões periódicas, momentos de contacto com as chefias e com os colegas) no processo de decisão. O mesmo autor concluiu, ainda, que são os enfermeiros novos os mais propensos a envolver-se no processo de tomada de decisão, sendo os mais interessados na mudança e na renovação de procedimentos de trabalho. As razões de adopção, pelos enfermeiros, de formas de participação parecem relacionar-se com a necessidade de dar resposta aos seus problemas nos contextos de trabalho, nomeadamente os relacionados com a autonomia profissional.

Trabalho em equipa

Trabalhar em equipa é quando um grupo ou uma sociedade resolve criar um esforço colectivo para resolver um problema. O trabalho em equipa pode também ser descrito como um conjunto ou grupo de pessoas que se dedicam a realizar uma tarefa ou determinado trabalho e envolve a troca de conhecimentos e agilidade no cumprimento de metas e objectivos partilhados.

O Enfermeiro, no seio da equipa, tem o dever de: actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; co-responsabilizar-se e trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde (artigo 91º, Decreto-Lei nº 104/98).

No estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses (OE, 2004, p.252), conclui-se que as relações de trabalho são *“o segundo factor a influenciar positivamente a vida dos enfermeiros”*, tendo um impacte positivo na sua vida. É referido que a grande maioria dos inquiridos considera que as relações são muito boas ou boas,



sendo melhores no interior da equipa e do serviço e piores com outros profissionais e outros serviços. O estudo desenvolvido por Ferreira (2003), revela que os enfermeiros com mais experiência de exercício profissional são os que mais valorizam o trabalho em equipa.

Na saúde, o trabalho de equipa intra e interdisciplinar é fulcral para a continuidade de cuidados. Exige um conjunto de valores e princípios como o de co-responsabilidade, honestidade, lealdade, reciprocidade, cooperação, partilha e sustentabilidade, de forma a garantir à pessoa a assistir o direito a cuidados seguros e de qualidade. De acordo com o ICN (2007, p.25) a qualidade das relações na equipa irá provavelmente afectar tanto o bem-estar dos enfermeiros como dos utentes. Nesta sequência refere esta associação, que no âmbito das relações interdisciplinares se tem efectuado muita investigação acerca da *"relação prejudicial e antagonista que existe frequentemente entre médicos e enfermeiros"*. Citando o Institute of Medicine (2000) refere, ainda, que *"num ambiente hostil ou rigidamente hierárquico, os enfermeiros poderão sentir-se intimidados para questionar ordens escritas ou orais que contenham erros ou sejam mal comunicadas"* ICN (2007, p.25). No que se refere às relações intradisciplinares concluíram, os autores de um estudo realizado num hospital da Austrália, entre Julho de 2005 e Janeiro de 2006, que alguns enfermeiros desenvolvem uma resistência aos conflitos, aceitando-os como parte da vida profissional. Neste sentido referem que, para a criação de um ambiente de trabalho mais positivo, é necessário uma maior compreensão do modo como os enfermeiros se relacionam entre si e apreciar os factores que contribuem para o conflito (Duddle e Boughton, 2007).

Materiais, equipamento e instalações

Os materiais e a qualidade das instalações e equipamento médico ao dispor dos profissionais, para o atendimento dos utentes, é um factor de importância primordial.

Os materiais, necessários para garantir a concretização das intervenções de enfermagem, devem ser distribuídos em tempo útil, e deve ser assegurada a sua reposição nas unidades de cuidados, em quantidade e qualidade.

A JCI (2007) deu destaque à gestão e segurança de instalações, definindo um padrão que estabelece que as organizações de saúde devem proporcionar aos utentes, famílias, pessoal e visitantes instalações seguras que lhes prestem o apoio de que necessitam. Para este efeito deve ser implementado um sistema de gestão eficaz que inclui actividades de planeamento, formação e monitorização, onde as chefias intermédias planeiam o espaço, os equipamentos e recursos necessários e são utilizados critérios de desempenho para monitorizar sistemas importantes e identificar as melhorias.

Das conclusões do estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses (OE, 2004, p.411) realça-se que as condições materiais deficientes têm *“um efeito bastante negativo na qualidade de trabalho e de vida dos trabalhadores”*, nomeadamente consideram os inquiridos: que as instalações são pouco ou nada adequadas (50%); não existe um plano de verificação do funcionamento do equipamento (48%); o material necessário está poucas vezes ou raramente disponível (35%). Conclui, ainda, que as condições materiais têm um impacto negativo ou muito negativo na vida pessoal, revelado por cerca de 20% dos enfermeiros inquiridos. Constatou-se que a reposição de materiais é uma das tarefas predominantes dos enfermeiros, representando bastante peso no total das actividades, segundo mais de 80% dos inquiridos.

Actualmente existem sistemas de gestão de materiais mais eficazes e eficientes que não ocupam tanto tempo aos enfermeiros, tempo que é necessário à prestação de cuidados.

No que se refere ao equipamento médico, considerado como equipamento estático e portátil que é utilizado para realizar diagnósticos, tratamentos, monitorizações e cuidados directos aos utentes (JCI, 2007), este deve ser adaptado às necessidades existentes e mantido em boas condições de utilização (Oliveira, 2005). A falta de equipamento e a sua deficiente manutenção influencia as condições de segurança e de trabalho, sendo um factor que contribui para a insatisfação profissional.

Por sua vez, as instalações (quartos, casas de banho, salas de espera, gabinetes de atendimento, salas de trabalho, vestiário, entre outros) devem permitir garantir o respeito pela dignidade dos utentes e profissionais. Estruturas adequadas facilitam a prestação de cuidados de saúde de qualidade e ajudam a promover a saúde, a segurança, a privacidade e o conforto.

As organizações hospitalares devem, ainda, garantir o controlo de qualidade da prestação de serviços (alimentação, limpeza, segurança) contratada.

Procedimentos de reclamação

Em Portugal, aos enfermeiros é reconhecido o direito a *“exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício profissional”* (alínea a, n.º 1, art. 75º, Decreto-Lei nº104/1998). Sendo, então, a deontologia o *“dever ser profissional”*, as normas que dela decorrem definem as *“boas práticas”*. Estas consistem na conduta esperada do enfermeiro, podendo os desvios ser alvo de sanção pelo Estatuto Disciplinar. Assim, e na defesa dos direitos dos utentes a cuidados de enfermagem de qualidade, podem, os destinatários dos

cuidados, reclamar. Está formalmente garantida a defesa dos seus direitos através da regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros.

Por outro lado, o Estatuto da OE, na secção dos direitos, deveres e incompatibilidades, refere que constituem direitos dos membros “... *solicitar a intervenção da Ordem, na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem...*” (alínea j, n.º 2, art. 75º), o que pressupõe a possibilidade, também por parte do enfermeiro, de reclamar. Os membros da Ordem estão obrigados a “*comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão*” (alínea i, n.º 1, art. 76º). Ainda, o código deontológico do enfermeiro, refere que este assume o dever de comunicar, “*através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados*” (alínea d, art. 88º).

Procedimentos para comunicação de eventos adversos

Começam a existir recomendações tanto internacionais, como nacionais para a redução dos erros médicos e para a melhoria da segurança dos utentes. Essas recomendações andam em torno de questões relacionadas com a liderança, conhecimentos sobre a segurança dos utentes, sistemas de relato de erros, protecção para os profissionais que relatam eventos adversos, entre outros. A monitorização da segurança passa, assim, pela declaração dos eventos adversos, considerados como ocorrência inesperada, indesejável ou potencialmente perigosa que acontece numa organização de saúde. O objectivo da monitorização e a análise regular da informação, é identificar as mudanças que ocorrem numa situação (JCI, 2007).

Perante a informação de um evento adverso, devem ser analisadas as causas, tomando em consideração os diversos factores organizacionais: humanos; técnicos; relacionados com o ambiente e; equipamentos, anotando os pontos críticos onde se torna necessário a introdução de melhorias.

O Ministério da Saúde, através do Departamento da Qualidade em Saúde e no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, pretende desenvolver acções nesta área, nomeadamente, criar um sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos e divulgar normas de procedimento que evitem as causas mais frequentes e que põem em risco a segurança dos utentes, de que são exemplo os erros clínico, cirúrgico e medicamentoso (Anexo do Despacho nº 14223/2009, de 24 de Junho).

Nas organizações hospitalares tem vindo a ser implementada a comunicação de eventos adversos no contexto da gestão do risco. A gestão do risco clínico corresponde,

segundo Fragata (2009, p.75), a um *"conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade da prestação de cuidados de saúde, mediante a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam o utente em risco e pela actuação destinada a prever e controlar esses mesmos riscos"*. O que tem um duplo objectivo: limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando). Ainda, segundo Fragata (2006), o sistema de relato de eventos deve ser não punitivo, confidencial, independente, analisado por peritos, agindo no tempo, orientado para o sistema, e deve responder a orientações exteriores.

Formação e Desenvolvimento profissional

A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, nas organizações de saúde, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, é um dos componentes da categoria de enunciados descritivos "Organização dos Cuidados de Enfermagem", que faz parte integrante dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Este é considerado um elemento importante para obtenção da excelência do exercício profissional dos enfermeiros.

A formação contínua enquadrada num meio que possibilite a reflexão sobre e para a acção constitui um pilar estruturante do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Neste sentido, a formação em serviço surge como estratégia de apoio ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e dos serviços de saúde, permitindo renovar e reforçar potencialidades colocadas ao serviço dos cidadãos sujeitos de cuidados. Realizada no próprio contexto de acção profissional e estando ligada à prática e ao desempenho é considerada um referencial para a reflexão crítica das actividades do dia-a-dia, potenciando qualificações e competências profissionais necessárias aos enfermeiros. Actualmente são, cada vez mais, privilegiadas metodologias activas de formação em serviço, correspondendo às necessidades objectivas dos serviços e dos profissionais.

A formação contínua e em serviço é valorizada pelos enfermeiros, constatando-se, do estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, que a *"existência de oportunidades de formação e desenvolvimento tem um impacte positivo na satisfação dos enfermeiros e na vida dos mesmos ... as práticas de formação e desenvolvimento apresentam uma relação positiva com o impacte organizacional percebido, a todos os níveis"* (OE, 2004, p.275).

À semelhança da legislação anterior aplicável aos enfermeiros, a legislação vigente, Decreto-Lei nº 248/209, dá relevância à formação. No seu artigo 20º, estabelece que a formação profissional assume um carácter de continuidade e prossegue objectivos de actualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projectos de investigação, devendo ser planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar. Para a sua concretização o enfermeiro pode usufruir de licença, sem perda de remuneração, por um período não superior a quinze dias úteis por ano. Este período poderá ser ultrapassado se a formação for devidamente fundamentada e se revestir de interesse para os serviços, necessitando, para o efeito, de autorização do membro do governo responsável pela área da saúde.

Segurança no trabalho e saúde ocupacional

A Constituição da República Portuguesa reconhece, no artigo 63º, o direito à segurança social, que abrange a protecção nos acidentes de trabalho e nas doenças profissionais. Consagra, no artigo 59º, o direito de todos os trabalhadores à assistência e justa reparação quando os mesmos ocorrem, bem como à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e saúde, o que envolve a adopção de políticas de prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

Graça (2006) relata, dos resultados de um inquérito sociológico sobre as políticas de saúde no local de trabalho aplicado, entre 1997 e 1998, a 259 empresas portuguesas, que algumas medidas tomadas por estas eram avulsas, inserindo-se no âmbito da gestão corrente. Dificilmente poderiam ser tomadas como expressão de uma política de saúde no local de trabalho, definida e assumida pela gestão de topo, concertada socialmente, coerente e baseada na avaliação de necessidades e expectativas de saúde dos trabalhadores, assim como, divulgada, conhecida, partilhada e orientada por custos e resultados. Na perspectiva de Santos (2007), apesar do trabalhador ser responsável pela sua própria saúde, as organizações, no âmbito da sua responsabilidade social, assumem cada vez mais um papel determinante na obtenção de verdadeiros ganhos em saúde.

No que diz respeito às organizações hospitalares, o ambiente de trabalho tem sido considerado insalubre por agrupar utentes portadores de patologias de natureza diferente, gerando, por isso, muitos procedimentos potenciadores de riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde (Benatti e Nishide, 2000). Estes autores afirmam que, efectivamente, poucos locais de trabalho são tão complexos e susceptíveis de causar danos como os serviços de saúde. Sobre este aspecto importa realçar, do estudo sobre as

condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, que *“para cerca de 64% dos inquiridos, a exposição a riscos é contínua ou frequente, com maior peso para os riscos físicos (...) e para situações de grande sofrimento e pressão psicológica.”* (OE, 2004, p.255).

Assim sendo, na prevenção de acidentes, os esforços devem ser concentrados na eliminação das interações entre as pessoas e os perigos, no desenvolvimento de orientações e no fornecimento de equipamentos de protecção individual (Benatti e Nishide, 2000). O conhecimento e a valorização da organização do trabalho permitem, também, melhorar os resultados da prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. Para tal, é indispensável que exista uma política de monitorização de acidentes de trabalho, cabendo aos profissionais envolvidos na sua análise considerar a relação entre os aspectos da organização do trabalho e a génese dos acidentes. Somente esta visão sistémica poderá romper com a relação clássica e vigente de culpabilidade dos trabalhadores pelos acidentes de que são vítimas (Schmidt, 2004).

A implementação de estratégias para prevenção de acidentes de trabalho torna-se ineficaz se, concomitantemente, não forem devidamente monitorizadas e avaliadas. Com efeito, a monitorização e a avaliação são elementos importantes de qualquer iniciativa para a manutenção de ambientes de trabalho seguros e resultados claros e documentados podem ter um efeito positivo nas hierarquias institucionais, que assim se aperceberão do potencial da política de segurança dos trabalhadores. A avaliação/monitorização permite identificar os pontos fortes e fracos das políticas ou medidas, representando, assim, uma forte base de evidência, a partir da qual se poderão construir políticas e acções futuras (Schmidt e Rumin, 1999).

Reconhecendo-se, então, os serviços de saúde como potenciadores de riscos (Benatti e Nishide, 2000), existem Serviços de Saúde Ocupacional cuja missão inclui a avaliação das medidas necessárias à prevenção dos riscos e doenças profissionais e à promoção da segurança, higiene e saúde dos trabalhadores.

Várias alterações têm sido efectuadas aos diplomas legais que definem o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho. Foi, recentemente, promulgada a Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro, que estabelece, no artigo 5º, os princípios gerais da prevenção de riscos profissionais. Este artigo prevê, no ponto 1, que *“o trabalhador tem direito à prestação do trabalho em condições que respeitem a sua segurança e a sua saúde, asseguradas pelo empregador”* e, no ponto 3, que a *“prevenção dos riscos profissionais devem assentar numa correcta e permanente avaliação dos riscos e ser desenvolvida segundo princípios, políticas, normas e programas”* que visem, entre outros, a

promoção e vigilância da saúde do trabalhador, a educação, formação e a informação para a promoção da melhoria da segurança e saúde no trabalho. Os artigos 15º e 16º definem as obrigações gerais do empregador e do trabalhador, sendo que é obrigação do empregador, entre outras, zelar, de forma continuada e permanente, pelo exercício da actividade em condições de segurança e de saúde para a trabalhador, e este tem que cumprir as prescrições de segurança e de saúde no trabalho estabelecidas nas disposições legais e regulamentares, bem como zelar pela sua segurança e pela sua saúde e das outras pessoas que possam ser afectadas pelas suas acções ou omissões no trabalho, sobretudo quando exerça funções de chefia ou coordenação, em relação aos serviços sob o seu enquadramento hierárquico e técnico. O artigo 44º estabelece a vigilância da saúde dos trabalhadores e o artigo 73º e seguintes definem a organização dos serviços da segurança e da saúde no trabalho. Compete ao empregador organizar este serviço que, de acordo com o previsto no artigo 78º, os estabelecimentos com pelo menos 400 trabalhadores são obrigados a possuir um serviço interno, isto é, que pertença à empresa/sociedade.

Independentemente da sua dimensão, qualquer empresa deve ter uma estrutura interna que assegure as actividades de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação de trabalhadores em situações de perigo grave e iminente (art. 75º).

As actividades técnicas de segurança no trabalho são exercidas por técnicos superiores ou técnicos de segurança e higiene no trabalho (art. 100º) e a responsabilidade da vigilância da saúde, artigo 103º, compete ao médico do trabalho. O artigo 104º estabelece, para as empresas com mais de 250 trabalhadores, a existência de um enfermeiro do trabalho.

Brant e Melo (2001) discutem a ruptura com a concepção hegemônica da Medicina do Trabalho com a Saúde Ocupacional que estabelecem um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de situações de risco presentes no ambiente. A Promoção da Saúde no trabalho pode afirmar-se como uma política de saúde capaz de responder a algumas questões colocadas pela contemporaneidade, tendo por base uma concepção ampla do processo saúde-doença-cuidado e seus determinantes (biologia humana; ambiente; estilo de vida e organização da atenção à saúde).

Violência no local de trabalho

A violência não é um problema específico da área da saúde, é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Na área da saúde *"ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera*

a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima" (Agudelo, 1990).

Existe um efeito por vezes difuso, por vezes directo, da violência sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando os conflitos por eles atendidos afectam os profissionais pelo amedrontamento, pelas ameaças, pelos danos físicos e/ou psicológicos. Tais situações são, hoje, frequentes nos hospitais e nos centros de saúde. Tem havido um esforço no sentido de lidar com os efeitos da violência, quer ao nível do cidadãos utilizadores dos serviços, de que são exemplo a abordagem à violência contra a criança e a mulher, quer sobre os profissionais de saúde.

A violência tem repercussões psicossociais, tanto em relação ao impacto sobre as vítimas, como no tocante aos factores ambientais e culturais. É, hoje, consensual que qualquer acção para debelar a violência passa por uma articulação intersectorial, interdisciplinar, multiprofissional, implicando organizações da sociedade civil e comunitárias que lutam por direitos e cidadania. Os eventos violentos podem ser enfrentados, prevenidos e evitados.

Face à alteração dos contextos de prestação de cuidados de saúde nas últimas décadas que, multifactorialmente, têm gerado ambientes vulneráveis e "facilitadores" de violência, emergiu a necessidade de estabelecer um referencial para os profissionais. Foi, neste sentido que a Direcção-Geral de Saúde (2006) definiu políticas acerca da violência no local de trabalho que estão vertidas na circular informativa n.º 15/DSPCS, de 07 de Abril.

A violência contra profissionais de saúde no local de trabalho tem-se revelado um problema generalizado e muito frequente, não só em Portugal mas em todo o Mundo. Calcula-se que cerca de 50% dos profissionais de saúde sofram pelo menos um episódio de violência física ou psicológica em cada ano. Um estudo desenvolvido, em 2005, na Austrália, em serviços de urgência hospitalares, que envolveu 290 horas de observação participante e 29 entrevistas, ao longo de cinco meses, concluiu que estes serviços apresentam altos níveis de violência infligida aos profissionais, nomeadamente aos enfermeiros. Estes devem saber identificar rapidamente os utentes, familiares e amigos que indicam um potencial de violência, através de alguns elementos nos comportamentos observáveis: olhar e contacto visual; tom e volume da voz; ansiedade (Luck, Jackson, e Usher, 2007). Dos estudos de caso portugueses realizados por Antunes et al. (2002), concluiu-se que existe uma elevada prevalência de actos violentos contra os profissionais de saúde, que levam a perda de qualidade e baixa de produtividade. A violência é mais frequente em centros de saúde do

que em hospitais e, também, mais frequente contra enfermeiros, pessoal administrativo e clínicos gerais.

A violência no local de trabalho é, portanto, uma ameaça ao bom funcionamento do sector da saúde, estando associada a um maior absentismo por doença, maiores níveis de mudança de local de trabalho, menor satisfação profissional, quebra na produtividade, aumento das queixas e litigações e aumento dos prémios de seguros. A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho deve ser considerada como uma disfunção grave do sistema de saúde e, como tal, combatida. Por esta razão, a DGS criou um Observatório Nacional da Violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho, cujos objectivos são:

- Criar um sistema de registo on-line dos episódios de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho a nível nacional;
- Disponibilizar documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem da violência contra profissionais de saúde (como questionários, exemplos de normas internas, check-lists, ...);
- Partilhar experiências organizativas na abordagem da violência contra profissionais de saúde (DGS, 2006).

A DGS propõe, ainda, que a nível local as organizações criem um ambiente de erradicação do problema e de apoio e suporte às vítimas de violência. Para tal, os planos de formação das organizações de saúde devem contemplar acções de formação na área da gestão de conflitos e da prevenção da violência. A violência contra os profissionais de saúde deve ser assumida como um problema que interessa a todos, a todos afecta e, logo, todos devem procurar o seu controlo.

2.2. DIMENSÃO ENFERMEIRO

O exercício da profissão de enfermeiro está dependente de inscrição como membro efectivo da Ordem dos Enfermeiros. A esta compete a atribuição dos títulos profissionais de enfermeiro e de enfermeiro especialista (art. 6º e 7º, Decreto-Lei nº104/98).

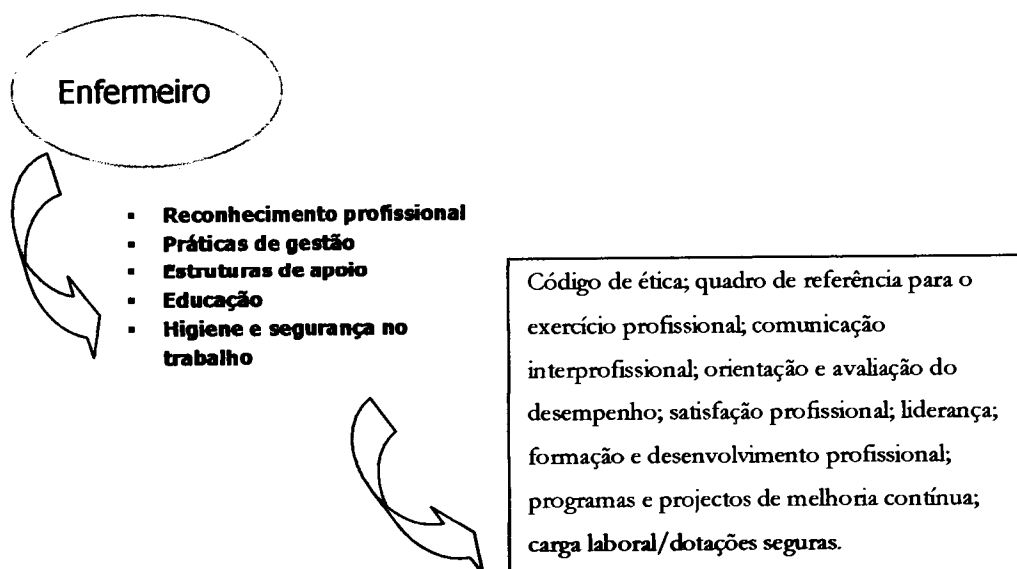
Enfermeiro é *"o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ao indivíduo, família grupo e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária"*. Enfermeiro especialista é *"o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade"* (art. 4º, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

O enfermeiro e o enfermeiro especialista, adiante designados por enfermeiro (s), integram a equipa, em qualquer serviço em que trabalhem, *"colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços"* (art. 91º, DL n.º 104/98 de 21 de Abril).

No exercício da sua profissão o foco de atenção do enfermeiro é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza uma produção de um processo de cuidados em parceria com a pessoa/cliente, sendo o processo de intervenção baseado na inter-relação pessoal. Os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência na realização das actividades de vida. Nesta perspectiva os enfermeiros orientam a sua intervenção para: a satisfação das necessidades humanas fundamentais; a máxima independência na realização das actividades da vida e; os processos de readaptação e adaptação funcional aos défices. Os cuidados de enfermagem tomam, assim, por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue (OE, 2001).

Em congruência com o modelo de análise e no âmbito da responsabilidade dos próprios enfermeiros aos vários níveis, descrevem-se, em seguida, algumas características e componentes essenciais para um ambiente favorável à sua prática profissional, incluídas no esquema que se segue (esquema 2).

Esquema 2 – Esquema relativo a características e componentes da responsabilidade dos Enfermeiros



Código de ética

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros foi reconhecida aos enfermeiros a capacidade de auto-regulação, por parte do Estado, como a melhor forma de garantir aos cidadãos a qualidade dos cuidados de enfermagem. Ao aprovar o Estatuto da OE foi, em conjunto, aprovado o Código Deontológico do Enfermeiro.

O exercício profissional de enfermagem, em Portugal, está devidamente enquadrado por este código de ética, vertido nos artigos 78.º a 92.º do Decreto-lei n.º 104/98, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. Trata-se, não apenas de um código de ética, mas também de deontologia, na medida em que o mesmo se reporta a um determinado grupo de pessoas que atribuem eticidade a determinadas normas, tomando-as deontológicas, sendo definidas e aceites pelo próprio grupo. Encarando a deontologia como um dever ser profissional, isto é, um conjunto de normas relativas ao comportamento de uma determinada profissão definindo as boas práticas, o código deontológico pertence ao domínio do *"imediato a cumprir"* (OE, 2005, p.18). Assim, sabendo que a enfermagem é a profissão de saúde cujo imperativo é a satisfação das necessidades do cidadão em matéria de cuidados de enfermagem e que os enfermeiros têm o dever de responder competentemente aos compromissos assumidos perante a sociedade, então, a deontologia propõe as orientações para julgar a acção.

Quadro de referência para o exercício profissional

A enfermagem, em Portugal, tornou-se uma profissão auto-regulada¹², estatuto que coloca aos enfermeiros o enorme desafio. A auto-regulação profissional é entendida como uma garantia da protecção do interesse público e do bem comum, tanto no acesso à prática profissional, como na sua monitorização e desenvolvimento. Neste sentido foram, ainda, criados outros instrumentos reguladores e orientadores da profissão, os quais se constituem como promotores e orientadores do desenvolvimento profissional dos enfermeiros e de práticas de qualidade. Para além do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, e apesar de já anteriormente citados, importa fazer-lhes referência, neste âmbito, por serem considerados outros pilares do quadro de referência para o exercício profissional, são eles: o Código Deontológico do Enfermeiro; os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Espera-se que os enfermeiros se apropriem destes instrumentos através da reflexão sobre as práticas clínicas e da introdução de estratégias formativas, de supervisão e avaliação necessárias.

É mencionado nestes instrumentos reguladores e orientadores que compete aos enfermeiros, no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem, implementar metodologias promotoras da qualidade dos mesmos, assim como um sistema de registos de enfermagem que evidencie as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (OE, 2001).

No que respeita aos sistemas de informação em enfermagem é recomendada a utilização da linguagem da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). É reconhecido um valor acrescido a esta linguagem, no que concerne à monitorização da qualidade, à acessibilidade e comparabilidade da informação produzida, sendo imprescindível como garante da visibilidade da actividade de enfermagem. A este propósito definiu a OE um Resumo Mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde. (OE, 2007d).

Comunicação interprofissional

Qualquer projecto de desenvolvimento pessoal deve incluir uma boa comunicação. As pessoas passaram a ficar expostas com mais frequência e precisam de se expressar bem

¹² Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro

para participar em reuniões, apresentar e defender projectos, lançar produtos, negociar, dar entrevistas, enfim, necessitam de comunicar em praticamente todas as actividades.

A comunicação deficiente pode ser confundida com a falta de competência profissional. Quem comunica com eficiência está a fazer o seu "marketing pessoal", pois é solicitado para falar e expor as suas ideias, quer em situações de trabalho quer no convívio social. Não se comporta com atitudes defensivas, pelo contrário, é participativo, integra-se nos ambientes onde convive, conta com o atributo da boa comunicação para resolver problemas, realizar projectos e promover o seu desenvolvimento profissional e social.

A comunicação efectiva inclui *"ter conhecimentos, confiança e auto-consciencialização"*, o que implica ser bom ouvinte, ser capaz de expressar ideias de forma clara, ter consciência do efeito que a linguagem corporal tem nos outros, compreender e actuar sempre com base no conhecimento de que a comunicação é uma via com dois sentidos (ICN, 2007b, p.58).

No contexto da saúde, caracterizada pelo trabalho em equipa multiprofissional e interdisciplinar, é fundamental o processo de comunicação para a actuação em complementaridade. Deve ser assegurada a circulação da informação relevante, quer relativa ao processo de cuidados, quer a que respeita à organização e gestão do mesmo. De um estudo sobre a comunicação hospitalar em Portugal, realizado pela *Breathe Health Inforpress Grupo* e a Escola Nacional de Saúde Pública (2009), em que participaram 90 Hospitais Portugueses, constatarem-se os seguintes resultados: a falta de motivação é o principal entrave identificado pelos gestores (89%); na melhoria da comunicação hospitalar 82% consideraram fundamental uma mudança de mentalidades e atitudes; 71% considera ser necessária formação dos diferentes actores hospitalares e; 62% refere ser importante criar manuais de procedimentos, visando a melhoria da comunicação nos hospitais. Importa, ainda, realçar dos resultados deste estudo que os hospitais quando questionados sobre que grupos de colaboradores têm o papel mais importante na dinâmica e melhoria da comunicação interna referem, 73% destes hospitais, os Enfermeiros e outro pessoal médico e 44% os médicos, seguido de comités de direcção (29%), equipas de limpeza, cozinha e manutenção (18%).

Apesar da comunicação ser um aspecto vital para as organizações de saúde, não é prática corrente, ou é ausente a cultura de reconhecimento de boa prática de comunicação.

Avaliação do desempenho

Os sistemas de avaliação do desempenho de pessoas e organizações têm sofrido, nos últimos anos, processos de mudança, representando um papel importante no conjunto das ferramentas de gestão de recursos humanos. Especificamente, nas organizações de saúde, a avaliação de desempenho deve fazer parte da gestão do desempenho, na medida em que é necessário não só aumentar as potencialidades dos profissionais, como também a produtividade e a qualidade do serviço prestado.

Segundo Toscano (2004, p.2), a avaliação do desempenho *"é um instrumento de apoio à gestão e um factor de mobilização em torno da missão dos serviços e organismos e por isso deve ser visto como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos serviços"*.

A avaliação do desempenho permite medir o contributo individual e da equipa para a prossecução dos objectivos estratégicos da organização e detectar necessidades de desenvolvimento de competências nos colaboradores. Para que se verifiquem os seus benefícios, quer para as pessoas quer para as organizações, é necessário que a mesma seja objectivada e aceite pelo avaliador e avaliado, o que pressupõe a existência feedback. Desta forma fomenta-se o auto conhecimento do desempenho por parte dos colaboradores promovendo a sua adequação aos objectivos individuais, grupais e organizacionais.

As organizações hospitalares têm vindo a adoptar sistemas de Gestão por Objectivos, utilizando, nomeadamente os modelos da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), *Balanced Score Card* (BSC) e o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP). Pretendem, com estes modelos de avaliação do desempenho, reflectir uma abordagem de gestão estratégica assente na definição de linhas e objectivos estratégicos disseminados em cascata. Nesta abordagem são definidos os objectivos dos serviços e dos colaboradores, estes últimos numa perspectiva de análise do contributo individual para os objectivos dos serviços. Neste sentido, todos são envolvidos numa estratégia colectiva.

Os enfermeiros, para além de serem intervenientes neste sistema de gestão por objectivos, são submetidos à avaliação do seu desempenho técnico-profissional no âmbito do seu exercício profissional como corpos especiais. Estes profissionais aguardam a entrada em vigor de um novo sistema de avaliação que se regerá por sistema adaptado do SIADAP, a estabelecer em diploma próprio (artigo 21º, Decreto-Lei nº 248/2009). Até à entrada em vigor desse sistema a avaliação dos enfermeiros integrados na carreira especial de enfermagem efectua-se ao abrigo do disposto no Decreto-Lei nº 437/91.

Os sistemas de avaliação do desempenho devem estar interligados com a gestão de remunerações, carreiras e planos de formação individuais e organizacionais.

Satisfação profissional

É consensual que a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados constitui um importante e válido indicador da sua qualidade, não apenas para a avaliação dos resultados em saúde, como, e sobretudo, pela oportunidade de melhoria contínua dos serviços que a sua monitorização e informação proporciona. Por esta razão, a “satisfação do cliente” é um dos enunciados descritivos que faz parte integrante dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, em 2001, pela Ordem dos Enfermeiros.

É, também, hoje reconhecido que a satisfação profissional, para além da satisfação dos clientes, é outro indicador determinante na avaliação da qualidade das organizações. Gonçalves (1998), refere-se à satisfação profissional como um conjunto de sentimentos favoráveis com os quais os colaboradores vêem o seu trabalho.

A satisfação profissional dos enfermeiros pode ser incrementada através da promoção do comprometimento organizacional e profissional, redução do stress ocupacional e do conflito e ambiguidade de papéis. O nível educacional, idade e anos de trabalho também são referidos como variáveis que influenciam a satisfação no trabalho. Estas são algumas das conclusões de um estudo realizado em 2004, na China, que envolveu 512 enfermeiros que exerciam funções em hospitais (Lu, While e Barriball, 2007).

A propósito da satisfação profissional dos profissionais de saúde, Graça (1998, p.14-19) refere que resulta da avaliação periódica que cada um de nós faz do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais, ou seja, perceber ou sentir que aquilo que recebe (dinheiro, segurança no emprego, condições de trabalho, conforto, bem-estar, amizade dos colegas, apreço dos utentes, autonomia no trabalho, oportunidades de formação contínua, desenvolvimento e reconhecimento de um projecto profissional) é justo ou está de acordo com aquilo que espera obter.

Segundo Baguley (1999), citado pelo ICN (2007), a satisfação profissional dos enfermeiros está relacionada com os seguintes aspectos: a liberdade para actuar de forma autónoma e responsável; os atributos de liderança; o trabalho em equipa; as infra-estruturas físicas; o envolvimento e comprometimento do empregador para com os enfermeiros; o apoio do governo e; a remuneração. Sobre este último factor refere que a questão monetária só se torna a principal fonte de satisfação na ausência de outras fontes.

Especificamente, no que se refere à satisfação dos profissionais de enfermagem, está, igualmente, consignado que a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional é, também, um dos elementos importante face à organização dos cuidados, sendo outro dos enunciados descritivos constante nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Nesta óptica, a satisfação profissional está relacionada com a forma como os enfermeiros avaliam a qualidade percebida dos cuidados de enfermagem que são prestados no seu contexto de trabalho (Lu, 2007).

Dos resultados do estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses constata-se que, apesar de muitos estarem insatisfeitos com as condições de trabalho, esta situação não se reflecte na qualidade dos serviços prestados, que consideram boa e muito boa (83% das respostas), sendo que *“de uma maneira geral, os enfermeiros gostam do que fazem”* (OE, 2004, p.250).

Pinto, Santos e Saraiva (2009), no âmbito de um estudo realizado em 2006, sobre *Burnout*, que envolveu enfermeiros de uma organização hospitalar portuguesa, corroboram esta percepção, constatando que a maioria dos inquiridos estavam satisfeitos com a profissão.

Liderança

Sendo a liderança o processo de conduzir um grupo de pessoas, pressupõe habilidade de motivar e influenciar os liderados para que contribuam, voluntariamente, para os objectivos do grupo ou da organização.

Para Lacombe e Heilborn (2003), os líderes influenciam as pessoas graças ao seu poder, que pode ser o poder legítimo (obtido com o exercício de um cargo), poder de referência (em função das qualidades e do carisma do líder) e poder do saber (exercido graças a conhecimentos que o líder detém).

Liderar não é uma tarefa simples. A liderança exige paciência, disciplina, humildade, respeito e compromisso, pois a organização é dotada de diferentes tipos de colaboradores.

Os líderes são responsáveis pelo sucesso ou fracasso da organização. Dos resultados do estudo de Pereira et al. (2008), sobre a percepção da liderança de enfermeiros prestadores de cuidados, foram obtidos valores médios na dimensão liderança (3,64, num intervalo possível de 1 a 5), inferiores a outras dimensões estudadas, tais como o desenvolvimento da equipa, a comunicação e a inovação.

Apesar da liderança ser importante para a gestão e estar estreitamente relacionada com ela, liderança e gestão não são o mesmo conceito. Fazem parte da gestão o planeamento, o orçamento, o controle, a manutenção da ordem, o desenvolvimento de estratégias entre outras actividades. Gestão é o que fazemos e liderança é quem somos. Uma pessoa pode ser um gestor eficaz, justo e organizado, um bom planeador e, mesmo assim, não ter as capacidades motivacionais de um líder. Por outro lado, pode ser um gestor ineficaz, mas, em contrapartida, ter as habilidades necessárias a um líder.

Gardner (1987), citado pelo ICN (2007b) refere-se a alguns atributos de uma liderança efectiva, nomeadamente:

- Visão - considerada a característica mais importante. Significa ter uma visão clara do futuro e das potenciais oportunidades, a partir do caos e da mudança ou de uma conformidade rígida, o “*status quo*”. Ser capaz de avaliar o potencial impacto de muitos factores ambientais – políticos, sociais, económicos, entre outros. Implica pensar de forma estratégica. A partir da “visão do futuro” é definida a missão e os objectivos para a organização.
- Influência - consiste na capacidade de mudar o pensamento e o comportamento de outros. É a capacidade de ajudar a fazer com que a mudança ocorra na prática, na atitude, na política e na lei, e envolve a capacidade de ajudar a determinar as decisões e as direcções.
- Motivação - é ter e demonstrar o empenho e a energia necessários para trabalhar no sentido da visão e conseguir a concretização de objectivos e metas. Significa conseguir comunicar a visão a outros e ganhar o seu apoio, gerar entusiasmo e empenho para a concretização de objectivos partilhados, bem como o desejo e a energia para os atingir. Pressupõe ter a vontade necessária para ter sucesso e gerá-la noutros.
- Transmitir e inspirar confiança - consiste em ter confiança em si próprio e naquilo que está a fazer, acreditar na visão e tomar esta crença clara e explícita para outros. Implica ser claro relativamente às estratégias para atingir os objectivos e certificar-se de que são apropriadas, fazer julgamentos e tomar decisões que os afectam, ser capaz de levar as pessoas consigo na direcção dos objectivos essenciais.
- Aptidão política - significa compreender e lidar com objectivos, expectativas, valores, medos e comportamentos diferentes e por vezes contraditórios por parte de diferentes pessoas, grupos e partes interessadas. Ter aptidão política envolve: a valorização da diversidade das pessoas em seu redor e a compreensão das ligações entre diferentes eventos e entre os factores que os influenciam; ser capaz de planear e dar início a

estratégias efectivas, criativas, pró activas e apropriadas para diferentes situações; utilizar contactos e alianças estratégicas, envolver pessoas chave nas estratégias e decisões; negociação efectiva e a selecção e utilização da melhor combinação de talentos numa equipa.

- **Análise e mudança** - consiste em aceitar que as organizações, sistemas e situações necessitam de uma revisão e renovação em resposta a necessidades em mudança. Implica ser pró activo na análise, monitorização e avaliação, dando início à mudança.
- **Liderança para servir**: envolve o compromisso para servir os outros: pessoal, membros de associações profissionais, comissões, órgãos de direcção, entre outros. O compromisso para com o serviço é a qualidade mais vital.
- **Criar e comunicar uma visão**: envolve a capacidade de criar uma visão atraente do futuro a partir do caos e da mudança e de a comunicar ao pessoal e a outras partes interessadas.
- **Promover e iniciar a mudança**: significa ser capaz de defender e de iniciar a mudança, de recriar a organização em resposta a um ambiente em permanente mutação.
- **Formar parcerias**: o sucesso é determinado pela qualidade das parcerias da organização com terceiros bem sucedidos. O líder bem sucedido do futuro domina a arte de efectuar alianças externas e de estabelecer parcerias internas.
- **Valorizar a diversidade**: significa conseguir lidar com uma diversidade crescente entre os colaboradores, membros e organizações.
- **Gestão da informação e da tecnologia**: consiste em aprender como gerir a informação, evitar o excesso de informação e garantir que os progressos da tecnologia não se sobrepõem às preocupações humanas.
- **Conseguir o equilíbrio**: implica que o líder tenha de aprender a equilibrar a sua vida e necessidades pessoais com as exigências profissionais e de negócio. Um líder com *stress* e/ou *burnout* não consegue proporcionar uma influência estabilizadora para as pessoas que lidera e para outros.

Como se constata as características de liderança, acima descritas, são altamente relevantes. Poderemos dizer que aos líderes e gestores é exigida competência assente em conhecimentos e teorias ligadas aos domínios da gestão e na capacidade de analisar e resolver problemas. Não se trata somente de competência técnica, mas também de capacidades cognitivas e visão estratégica no sentido do desenvolvimento dos objectivos e

da missão global da organização. É exigida, também, uma forte força moral e ética, de forma a tratar as questões com imparcialidade.

Na saúde, as lideranças de enfermagem assumem particular relevância porque delas depende grande parte dos factores de influência na qualidade e na eficiência dos serviços e, por conseguinte, da organização. Face aos desafios de um ambiente em permanente mudança, as organizações necessitam de valorizar, cada vez mais, os gestores que possuem habilidades de liderança no sentido de inspirarem e motivarem os colaboradores a aceitarem como seus os objectivos e interesses da organização, sendo crucial o seu papel para a manutenção de uma cultura de qualidade.

Formação e desenvolvimento profissional

Deontologicamente, os enfermeiros, devem *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (alínea a, ponto 1, art. 76º do Estatuto da OE). Assim, no sentido da excelência do exercício, os enfermeiros devem *“... manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (alínea c, art. 88º do Código Deontológico do Enfermeiro). Este dever apela, indubitavelmente, à formação contínua destes profissionais onde, a autoformação e a formação em serviço, promovendo a reflexão durante e sobre a acção, são essenciais tendo reflexo no desenvolvimento profissional e na qualidade dos cuidados.

Tem vindo a ser dada relevância a novos modelos promotores do aperfeiçoamento profissional e pessoal. Se bem que é, ainda, restrito o seu conhecimento, não encontrando tradição no nosso país, a prática de “mentorado” (de origem anglo-saxónica) tem vindo a evoluir, ocorrendo já algumas práticas em contexto académico, no âmbito dos ensinamentos clínicos de enfermagem. Estas práticas são avaliadas como positivas, quer pelos estudantes, quer pelos enfermeiros mentores. Mentor, de acordo com o ICN (2007b) é uma pessoa que concorda em ensinar, orientar, promover, validar, proteger e comunicar com orientandos, de modo a encorajar o seu desenvolvimento e progresso profissional. O mentor pode ser visto como um exemplo na carreira, que aconselha activamente e promove a carreira e a formação de outra pessoa, cultiva talento, interessa-se pelo mentorando e está disposto a

facilitar o seu crescimento pessoal e profissional (Brosio e Scherer, 2003). Ajuda outras pessoas a desenvolverem redes de trabalho eficazes e apropriadas.

O envolvimento sistemático dos enfermeiros na investigação em contexto de trabalho é outro aspecto promotor do desenvolvimento profissional, no entanto, ainda não é consistente. A investigação que tem sido realizada decorre, na maioria das vezes, em contexto académico, se bem que possa estar relacionada com aspectos da prática de cuidados ou da gestão.

Apesar de ter havido um crescimento no investimento em investigação em Portugal, existe, ainda, um défice de investigação na área clínica. Uma das razões para este facto prende-se com a cultura de muitos serviços de saúde, que não incentivam ou não reconhecem que uma parte do tempo do profissional deve ser dedicado à investigação. Decorrente desta problemática e no contexto do conjunto de recomendações para a governação dos hospitais, surge a seguinte recomendação *“deve ser estimulada uma cultura institucional que valorize a investigação clínica nos hospitais sendo necessário destacar os seus efeitos positivos na qualidade da assistência, na capacidade de inovar e na própria modulação do funcionamento dos serviços”* (Vitorino, 2009, p.370).

Ainda no PNS 2004-2010, no que concerne à investigação e desenvolvimento em saúde, é enfatizada a necessidade de conhecimento cientificamente validado para desenvolver as actividades de observação ou intervenção, em todas as fases do ciclo de vida dos cidadãos. Dado que este conhecimento nem sempre tem estado disponível na realidade portuguesa, é considerado indispensável desenvolver projectos de investigação, cujos resultados contribuirão para o planeamento, execução e avaliação das diferentes componentes do PNS. Entretanto, tem sido dada pouca relevância a actividades de investigação no desenvolvimento profissional dos profissionais de saúde, assim como ao seu financiamento nas organizações de saúde. Na realidade *“as ciências da saúde representaram apenas 10,5% da despesa nacional em I&D, ficando em último lugar entre as diferentes áreas científicas”* (Ministério da Saúde, 2004, p.142). Por esta razão, ainda no contexto do conjunto de recomendações para a governação dos hospitais, surge como recomendação que *“devem ser criados nos hospitais, centros de ensaios clínicos, bancos de amostras, gabinetes de investigação clínica e de bioestatística que apoiem os profissionais na preparação de projectos”* (Vitorino, 2009, p.372).

Programas e Projectos de melhoria contínua

A filosofia da melhoria contínua, com o fim de satisfazer o cliente, segundo Lopes e Capricho (2007), foi adoptada pelas normas ISO e pelo modelo do EFQM, visando caminhar em direcção à excelência. O processo de mudança, no âmbito da melhoria contínua, tem que ser planeado, controlado e monitorizado. Contudo, só faz sentido se for integrado num processo mais abrangente de planeamento e controlo da qualidade da performance da organização. Estes autores, citando Oakland (1993), referem que a melhoria contínua deve respeitar três princípios fundamentais: a organização deve estar focada no consumidor; é necessário compreender os processos da organização e; que todos os empregados se comprometam em melhorar a qualidade. Para reforçar este último princípio os autores, citando Curtis et al. (1997), referem que o processo de melhoria contínua, também designado de *Kaisen*, tem por base o trabalho em equipa, onde cada uma das equipas é responsável por todas as actividades, desde a limpeza até ao controlo da qualidade. Continuando, os autores consideram que, para melhorar continuamente a qualidade, é necessário que os gestores estejam determinados em gerir melhor e de forma mais próxima dos colaboradores, promovendo a utilização de conhecimentos detalhados dos processos, monitorizando e estabelecendo planos de acção que conduzam à melhoria contínua.

Os enfermeiros têm sido ao longo dos tempos sensíveis às questões da qualidade, envolvendo-se como participantes e promotores de projectos e programas de melhoria da qualidade. A partir dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, imprimiram uma nova dinâmica e assumiram as suas responsabilidades tendo, até final de 2007, 114 organizações de saúde aderido ao projecto nacional para a sua implementação (OE, 2007c).

Carga laboral e dotações seguras

Não há um consenso generalizado na literatura relativamente ao significado das dotações seguras e são poucas as definições que se adequam a todos os ambientes a nível internacional. No entanto, segundo o ICN (2006), vários autores reconhecem, efectivamente, que grande parte das dotações seguras se relacionam com a situação de cuidados e que há elementos que incluem a existência de números adequados de pessoal para responder à complexidade das necessidades dos utentes. De acordo com Mc Gillis Hall L (2005), citado pelo ICN (2006, p.5) o conceito de dotações seguras significa “as quantidades e tipos de pessoal necessários para a prestação de cuidados a doentes ou clientes”. No entanto, este

conceito tem evoluído dado perceber-se que as dotações não estão apenas relacionadas com quantidade e começam a incluir outras variáveis: carga laboral; ambiente de trabalho; complexidade dos utentes; nível de qualificação de enfermeiros; entre outros. Começam, também, a relacionar-se os níveis de dotações com indicadores chave, como a taxa de mortalidade.

A Federação Americana de Professores (1995), citada pelo ICN (2006, p.5-6), afirma que as *"dotações seguras significam que está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos"*. A prática de dotações seguras incorpora, assim, a complexidade das actividades e intensidade de cuidados de enfermagem; os níveis de preparação e o desenvolvimento de competências e experiência dos enfermeiros; o apoio dos níveis de gestão operacional e estratégico; o ambiente contextual e tecnológico das instalações; a protecção de quem comunique situações anómalas. Está, também, directamente relacionada com a problemática da segurança dos utentes que podem estar sujeitos a eventos adversos, relacionados com erros de medicação, quedas, complicações pós cirúrgicas, factos estes que têm sido documentados como factores que aumentam a morbilidade e mortalidade dos utentes.

Um estudo canadiano sobre eventos adversos, realizado em 2004, revelou que existe uma forte evidência empírica a demonstrar a ligação entre as dotações inadequadas de enfermeiros e um conjunto de resultados adversos dos utentes, incluindo: úlceras de pressão, infecções do trato urinário, pneumonia, infecções da ferida operatória, erros de medicação, comprometimento pulmonar, trombose, tratamento da dor, hemorragia do trato gastrointestinal superior, quedas, choque e paragem cardíaca, insucesso na reanimação e readmissão. Revelou, ainda, que a satisfação dos utentes diminuía com dotações reduzidas de enfermeiros (ICN, 2006).

A segurança dos utentes envolve um série de outras medidas como o recrutamento, a integração e fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco. Neste último, podemos incluir o controlo da infecção, uma prática clínica segura, segurança de equipamentos, conhecimentos profissionais focados na segurança das pessoas e infra-estruturas adequadas.

Em suma, um ambiente de cuidados seguro pressupõe, fundamentalmente, o número adequado de enfermeiros e com as competências necessárias ao exercício das suas funções. Em Portugal, dos resultados do estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros

portugueses, concluiu-se que *“a carga de trabalho é considerada pesada por 64% dos inquiridos, sendo que a grande maioria (82%) considera como número desejável de utentes por enfermeiro até nove utentes e a percentagem de enfermeiros nesta situação é, actualmente, de 55%”*(OE, 2004, p. 253).

O Serviço Nacional de Saúde, apesar de comungar das Orientações Integradas para o Crescimento e Emprego (2005-2008), detém os rácios de enfermeiros (4,4 enfermeiros por mil habitantes em 2004 e 5,1 em 2007) abaixo tanto da média europeia, como da maioria dos países desenvolvidos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentando, estes últimos, em 2007, um rácio de 9,6 enfermeiros por cada mil habitantes. Em 2004, em 23 países da Europa, Portugal era o que detinha o menor rácio de enfermeiros (Tribuna Médica, 2009).

No âmbito da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), existe um instrumento de gestão que proporciona informação fidedigna e em tempo útil para a tomada de decisão relativamente à gestão de recursos e de cuidados de enfermagem. Este instrumento, denominado Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência em Cuidados de Enfermagem (SCD/E), é destinado aos hospitais ou outras organizações de saúde com internamento de utentes. Constitui-se como uma forma de categorização dos utentes de acordo com o seu grau de dependência em cuidados de enfermagem, segundo um padrão de qualidade pré definido. A partir da análise da taxa de utilização de enfermeiros, que é dada pelo sistema, é possível o planeamento dos recursos necessários.

A elevada taxa de utilização de enfermeiros, obtida no ano de 2007, pelo SCD/E, reflecte dotações inadequadas de recursos de enfermagem nas organizações hospitalares utilizadoras¹³. Os Hospitais encontram-se, assim, sub-dotados de enfermeiros, sendo que, para fazer face às necessidades em cuidados de enfermagem dos utentes em situação de internamento, seriam necessários mais 2 975 enfermeiros. A dotação de enfermeiros praticada determinou um diferencial negativo de 1,93 horas entre as horas de cuidados de enfermagem necessárias e as horas de cuidados de enfermagem prestadas por utente e por dia de internamento (ACSS, 2008, p. 250).

Também a nível dos Cuidados de Saúde Primários se regista uma sub-dotação de enfermeiros, sendo o rácio praticado de 1 enfermeiro para 800 famílias, enquanto o preconizado pela OMS é de 1 enfermeiro para 300 famílias.

¹³ 51 hospitais utilizadores do SCD/E, em 2007

Tem vindo a ser adoptado, pelo Ministério da Saúde, um conjunto articulado de políticas de contenção de custos visando a melhoria da eficiência na prestação dos cuidados e, a médio prazo, a sustentabilidade financeira do sistema de saúde. No entanto, torna-se necessário garantir aos cidadãos os cuidados de enfermagem de que necessitam, o que implica a existência, nas organizações de saúde, dos enfermeiros necessários de acordo com o conceito de dotações seguras. Só assim se obterá um melhor equilíbrio entre qualidade e custo-efectividade do serviço prestado nas organizações de saúde.

2.3. DIMENSÃO GOVERNO

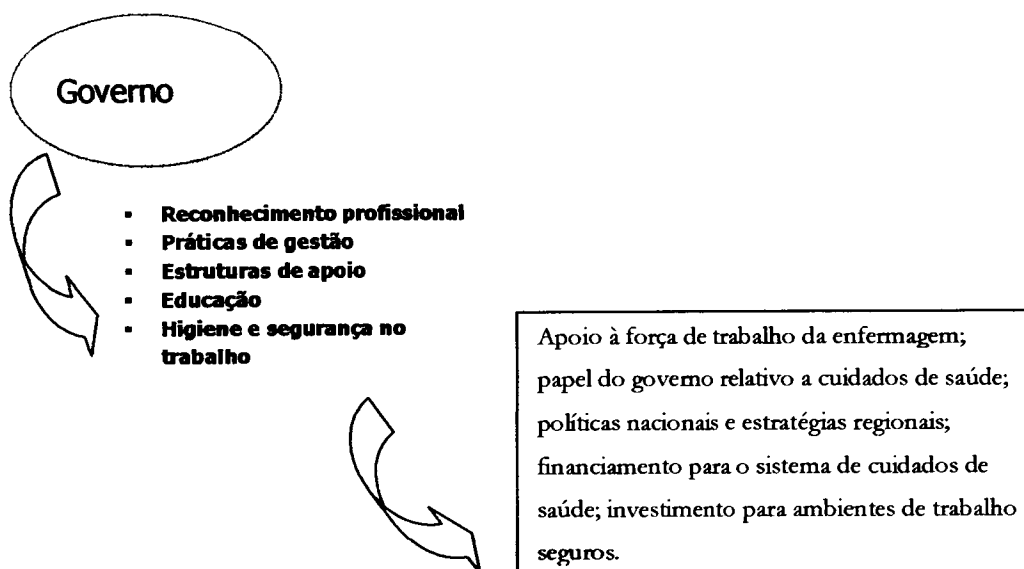
Os governos deparam-se com um mundo em constante mudança, marcado por perturbações económicas e sociais, tendo que encarar as tendências internacionais e nacionais no que se refere à globalização, competitividade, diversidade da força de trabalho, explosão de informação e de tecnologia, entre outros. As autoridades para a saúde, também se confrontam com este problema e, neste sentido, com a necessidade de se adaptarem e gerirem a mudança. Esta constatação é corroborada por Barreto (2009)¹⁴, quando refere, que *"todos os sistemas de saúde estão sob enorme pressão financeira e demográfica"*. No mesmo sentido Ana Jorge (2009)¹⁵, refere que os grandes desafios que se colocam, actualmente, no sector da saúde centram-se na *"necessidade de combinar efectividade com equidade e com eficiência"*.

Considerando as responsabilidades dos governos relativas às condições de trabalho dos profissionais de saúde, descrevem-se um conjunto de características e componentes, constantes no esquema que se segue, que poderão contribuir para o incremento da qualidade do seu ambiente de trabalho.

¹⁴ Barreto, António (2009). Os 30 anos do SNS: A certeza da saúde. Conferência proferida no âmbito das comemorações dos trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, Centro Cultural de Belém, 8 de Julho de 2009, p.11, disponível em pdf

¹⁵ Intervenção da Ministra da Saúde, na comemoração dos 30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, Centro Cultural de Belém, 8 de Julho de 2009, p.5, disponível em pdf

Esquema 3 – Esquema relativo a características e componentes da responsabilidade do Governo



Tal como nas dimensões anteriores, também, nesta dimensão se efectuou uma revisão da literatura, que a seguir se apresenta, acerca das características e componentes constantes no esquema acima exposto.

Apoio à força de trabalho da enfermagem

O apoio à força de trabalho da enfermagem poderá estar implícito em alguns aspectos constantes nos diversos preâmbulos dos diplomas que regulam o exercício da profissão e aos quais importa voltar a fazer referência. Do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, que foi recentemente revogado, com excepção dos artigos 43º a 57º, realça-se a seguinte transcrição:

... A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a entrada em funcionamento do Curso Superior de Enfermagem e a previsão do início dos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem, com a atribuição dos correspondentes graus académicos ou equivalentes, devem conduzir a mudanças efectivas ao nível do exercício da enfermagem ... Construiu-se, assim, uma estrutura de carreira e previu-se uma promoção na mesma que tenha em conta a actual e a futura formação dos enfermeiros, valorizando também outras formações que os mesmos possam obter fora do âmbito restrito da enfermagem, mas que a ela possam ser aplicadas, com as necessárias adaptações, como é o caso da gestão ... A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço ... Foram ainda tidas em consideração as previstas mudanças na organização de saúde, designadamente a criação de regiões de saúde, prevendo-se enfermeiros que possam actuar a nível das

regiões, quer no âmbito da gestão específica de enfermagem, quer no campo da consultadoria e assessoria em matéria de cuidados de enfermagem especializados. Por último, a presente carreira denota ainda a preocupação de incentivar e compensar o exercício de funções em áreas de grande penosidade e também estimular a realização de trabalhos de investigação e a aquisição de graus académicos como formas de contribuir para a afirmação e o desenvolvimento da enfermagem. (p.5723)

Também, no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, contem alusões ao apoio à força de trabalho da enfermagem, que já atrás foram expressas.

Ainda, no Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril, com as primeiras alterações publicadas na Lei nº111/2009, pode ler-se:

o exercício da profissão de enfermeiro remonta, em Portugal, a finais do século XIX, sendo que, a partir da 2.ª metade do século XX, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente ... com a criação da Ordem dos Enfermeiros, reconheceu o Governo que os enfermeiros no "estádio actual do desenvolvimento da enfermagem e com a plena consciência do relevante papel que desempenham no sistema de saúde, constituem um corpo institucional idóneo para assumir a devolução dos poderes que ao Estado competem no que concerne à regulamentação e controlo do exercício profissional, designadamente nos seus aspectos deontológicos e disciplinares. (p.1739)

Finalmente, o Decreto-Lei nº248/2009, de 22 de Setembro, contém a seguinte descrição:

a carreira especial de enfermagem, implementando um modelo de referência em todo o SNS, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos e serviços, pretende reflectir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação e à segurança de procedimentos. Efectivamente, no âmbito do conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros nº104/98, de 4 de Dezembro, constituiu um marco relevante para a dignidade e valorização da profissão de enfermeiro, a reorganização, que tem vindo a ser feita na última década, da rede de escolas e do modelo de formação geral dos enfermeiros. (p. 6761)

No entanto, importa salientar que estas concretizações e evolução foram marcadas por longos processos negociais entre o Ministério da Saúde e as estruturas sindicais, acompanhados de manifestações, concentrações e greves dos enfermeiros (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2009).

Papel do Governo relativo aos cuidados de saúde, políticas nacionais e estratégias regionais

No âmbito do governo o Ministério da Saúde é o departamento governamental que tem por missão definir a política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas, promover a respectiva execução e avaliar os resultados.

A missão e atribuições do Ministério da Saúde estão definidas pela Lei Orgânica do Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de Outubro.

Tem-se assistido a um forte investimento do Ministério da Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que tem contribuído especialmente para: o aumento da esperança de vida à nascença (74,9 anos homens e 81,4 anos nas mulheres); a redução da mortalidade infantil (em 1975 situava-se nos 38,9/00 nados vivos e, em 2007, nos 3,7/00); a redução da mortalidade perinatal e materna; o incremento do Plano Nacional de Vacinação com consequente erradicação de doenças evitáveis com a vacinação (Ministério da Saúde, 2009). A adopção de uma estratégia de incentivo ao desenvolvimento em saúde é, neste sentido, por excelência, uma mais-valia para o capital de saúde da população.

Os programas dos governos têm sido direccionados para a obtenção de ganhos em saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 prevê prioridades e orientações estratégicas, o que permite escolher onde e como investir, para obter esses ganhos. As áreas prioritárias de actuação são materializadas, a nível nacional, através de programas verticais. A aplicação do PNS a nível local é fundamental para o êxito da sua implementação e envolve a participação activa dos vários actores sociais relevantes na comunidade: autarquias, segurança social, instituições de ensino, instituições particulares de solidariedade social e organizações não-governamentais, entre outros. O desenvolvimento de Estratégias Locais de Saúde (ELSa) é a resposta mais adequada para a dinamização de parcerias entre profissionais de saúde e outros actores sociais, no sentido de promover a mobilização e co-responsabilização social na obtenção dos ganhos em saúde. Constitui, assim, uma oportunidade para modificar os padrões de relacionamento entre os vários actores sociais da comunidade e fortalecer os instrumentos da governação em saúde e o papel do cidadão.

Cada ELSa define um conjunto limitado e seleccionado de metas, que incorporam algumas das grandes prioridades nacionais, mas às quais são acrescentadas questões especificamente locais, de que são exemplo as prioridades de saúde na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta Região definiu quatro programas prioritários: as doenças cardiovasculares; oncológicas; saúde mental; VIH/SIDA. Tem efectuado investimentos e tomado medidas que têm vindo a ser concretizadas, designadamente a implementação de

rastreios do cancro, vias verdes para as doenças cardiovasculares, rede de apoio à saúde mental e intervenção comunitária no combate ao VIH/SIDA e tuberculose (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

Não são conhecidas, a nível nacional, estratégias específicas para a enfermagem. Os enfermeiros têm sido intervenientes activos na concretização das políticas e estratégias constantes no PNS. Reconhecendo a importância para o País de uma política de enfermagem foi criada, em 2007, pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Direcção-Geral de Saúde a função de *Chief Nursing Officer*, com as seguintes atribuições: fornecer aconselhamento especializado em enfermagem aos membros do Governo e ajudar a desenvolver, implementar e avaliar a política de saúde, enquadrada no âmbito das estratégias e objectivos definidos para a área da enfermagem; liderar os profissionais de enfermagem, trabalhando directamente com os representantes desta classe profissional, designadamente a Ordem dos Enfermeiros e outras associações profissionais, bem como com os gestores de saúde; assegurar uma contribuição portuguesa efectiva para a enfermagem e política de saúde, a nível internacional e europeu, em especial no âmbito da Organização Mundial de Saúde; contribuir para a gestão do Serviço Nacional de Saúde (Despacho nº 19 816/2007, de 31 de Agosto).

Financiamento para o sistema de cuidados de saúde

Reconhece-se, em todo o mundo, que as despesas públicas com a saúde não podem continuar a crescer ao ritmo que têm vindo a crescer. Por outro lado, o Estado Providência (EP) - que garante o direito fundamental do cidadão à saúde e aos cuidados na doença - está ultrapassado e solicita-se à sociedade uma cada vez maior co-responsabilização no processo. O EP como único financiador, gestor e prestador de cuidados de saúde deu lugar à progressiva integração dos sectores privado e social como elementos essenciais na prestação de cuidados de saúde ao cidadão. Refira-se, também, a crescente importância da co-responsabilização directa dos cidadãos pelos serviços de saúde recebidos, nomeadamente através do pagamento parcial dos respectivos custos, o que implica a alteração do preceito constitucional que estabelece a tendencial gratuitidade dos cuidados de saúde. Institui-se, assim, uma alternativa de financiamento bem como um método de racionalização, por desencorajar a utilização abusiva dos serviços.

Investimento para ambientes de trabalho seguros

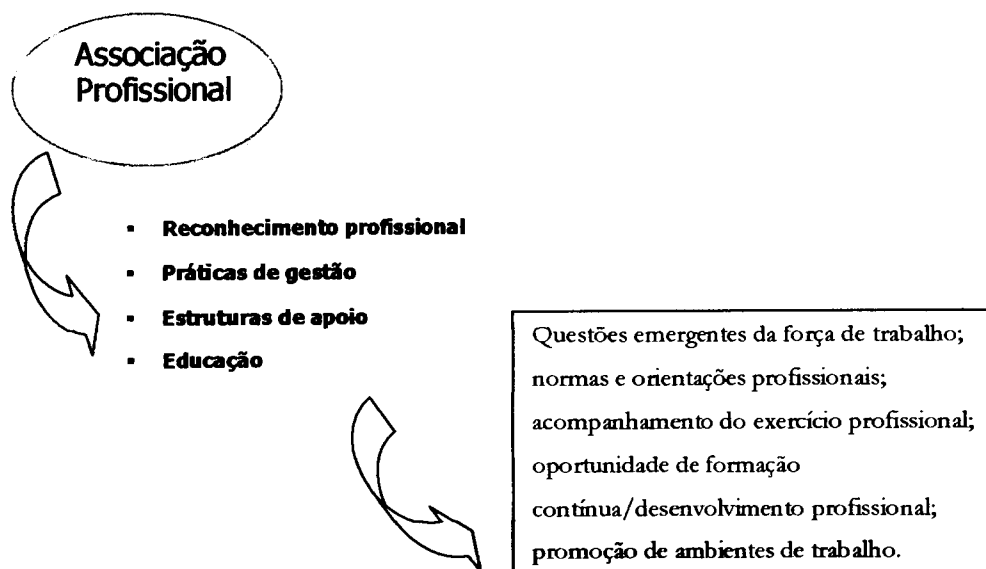
No que respeita ao ambiente de trabalho as organizações de saúde como estruturas complexas e causadoras de riscos acrescidos para os seus profissionais, quando comparadas com muitos outros sectores de actividade, requerem um investimento no ambiente de trabalho que deve ser assumido pelos governos. As questões relacionadas com a promoção da segurança e da saúde no trabalho foram já atrás descritas, tendo-se assistido a várias alterações legislativas sobre esta matéria, onde a última culminou com a recente publicação da Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro. Este diploma prevê, no artigo 10º, que ao estado compete assegurar condições que promovam o conhecimento e a investigação na área de segurança e saúde no trabalho, nomeadamente: apoio à criação de estruturas de investigação; apoio à formação pós-graduada de especialistas e investigadores e; incentivo ao estudo de boas práticas relacionadas com sistemas de organização e funcionamento das actividades de prevenção.

2.4. DIMENSÃO ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL

Face à realidade portuguesa considera-se que a Associação Nacional de Enfermeiros (ANE) e o Organismo de Regulação são coincidentes, correspondendo à Ordem dos Enfermeiros (OE). Com a publicação do Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril, o Estado atribuiu os poderes de regulação à Ordem dos Enfermeiros. Esta é uma associação profissional de direito público que, em Portugal, promove a regulamentação e disciplina a prática dos enfermeiros, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem. No âmbito das suas atribuições a Ordem tem *"como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional"* (art.3º, Decreto-Lei 104/98).

A Ordem dos Enfermeiros enquanto associação profissional de direito público contribui, no âmbito das suas responsabilidades, para a promoção da qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros. Neste sentido, serão descritas características e componentes considerados determinantes dessa qualidade, expressos no esquema que abaixo se apresenta e sobre os quais se efectuou a correspondente revisão da literatura.

Esquema 4 – Esquema relativo a características e componentes da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros



Questões emergentes da força de trabalho

Incumbe à OE representar os enfermeiros junto dos órgãos de soberania e colaborar com o Estado e demais entidades públicas sempre que estejam em causa matérias relacionadas com a prossecução das suas atribuições, designadamente nas acções tendentes ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e aos cuidados de enfermagem. Nesta perspectiva, deverá analisar as tendências para informar os empregadores e governo relativamente a questões emergentes da força de trabalho de enfermagem.

Entendendo “questões emergentes” como algo que surge, aparece, ocorre, algo de novo, questões novas no âmbito da profissão, podemos afirmar que a OE tem a obrigação de analisar estas novas realidades. Assim, se nos basearmos no seu Estatuto, verificamos que são suas atribuições, entre outras, zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros e contribuir, através da elaboração de estudos e formulação de propostas, para a definição da política da saúde, para além de fomentar o desenvolvimento da formação e da investigação em enfermagem. Constitui, também, sua obrigação: prestar a colaboração científica e técnica solicitada por qualquer entidade nacional ou estrangeira, pública ou privada, quando exista interesse público; promover o intercâmbio de ideias, experiências e conhecimentos científicos entre os seus membros e organismos congéneres, nacionais ou estrangeiros, que se

dediquem aos problemas da saúde e da enfermagem; e colaborar com as organizações de classe que representam os enfermeiros em matérias de interesse comum, por iniciativa própria ou por iniciativa daquelas organizações (art. 3º, Decreto-Lei nº 104/98I).

Outro aspecto que fundamenta a intervenção da OE em questões emergentes de âmbito profissional refere-se aos enunciados e tomadas de posição¹⁶, sempre que esteja em causa a salvaguarda dos direitos dos cidadãos a cuidados de enfermagem.

Normas e orientações profissionais

Segundo o Instituto Português da Qualidade (2010), uma norma é um documento estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que fornece regras, linhas, directrizes ou características, para actividades ou os seus resultados, garantindo um nível de ordem óptimo num dado contexto. De uma forma geral, as normas são voluntárias, tornando-se obrigatórias, se houver legislação que determine o seu cumprimento. A norma refere-se genericamente a regra, modelo, padrão ou preceito. Quando falamos de norma de actuação profissional, referimo-nos ao enunciado geral da actuação desejada nos cuidados de enfermagem no serviço ou na organização, sendo que essa norma pretende descrever a actuação profissional desejada. As normas de actuação profissional estão relacionadas com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da instituição ou serviço e são sempre acompanhadas por critérios de avaliação do desempenho, permitindo a análise da prática pela verificação dos desvios entre “o que é” e o que “deve ser”, de modo a melhorar “o que é”.

Poderemos considerar que, tanto os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, como as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, ambos definidos pela Ordem, e também o próprio Código Deontológico do Enfermeiro, constituindo-se como referenciais da profissão de enfermagem, não deixam de poder ser consideradas normas de actuação profissional e orientações, porque todos são um fio condutor relativamente a como deve ser a prática dos cuidados de enfermagem. Ainda assim, a Ordem emite com alguma periodicidade linhas de orientação, recomendações, pareceres¹⁷ e esclarecimentos e divulga,

¹⁶ São exemplo, entre outras, as tomadas de posição sobre temas como a colheita de sangue, administração de vacinas e injectáveis nas farmácias, controlo da assiduidade, delegação, investigação em enfermagem, segurança do cliente, disponíveis em www.ordemenfermeiros.pt no campo destaques.

¹⁷ Estão disponíveis pareceres emitidos pelos órgãos Profissional e Jurisdicional da Ordem, em vários locais de acesso facilitado (site, revista e livros da Ordem).

no site, no espaço dedicado ao relacionamento com os membros um conjunto de regulamentação e legislação aplicável aos enfermeiros.

Acompanhamento do exercício profissional

Sendo um desígnio da OE promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional, implica um conhecimento das realidades dos contextos de trabalho. Este conhecimento é efectuado através de diversas estratégias, incluindo, para além das visitas às organizações de saúde, a recepção directa, quer por via postal quer por electrónica, das comunicações e informações que os próprios profissionais efectuam.

No âmbito das competências estatutárias dos órgãos da OE, artigo 30º, está previsto que o Conselho de Enfermagem defina Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Comissões de Especialidade e os Conselhos de Enfermagem Regionais zelem pela observância desses padrões no domínio dos cuidados gerais e especializados. Daqui ressalta o papel de acompanhamento da prática no sentido de promover o exercício profissional de enfermagem aos níveis mais elevados dos padrões de qualidade, garantindo a segurança de cuidados, numa perspectiva de interesse público. Após a definição desses padrões de qualidade, a Ordem encoetou um caminho de divulgação dos mesmos, implementando um projecto que tinha em vista promover a sua apropriação pelos enfermeiros e a definição de indicadores de qualidade numa perspectiva de desenvolvimento de projectos/programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este passo é considerado como um dos aspectos fundamentais sobre o qual o acompanhamento do exercício profissional está alicerçado.

No que se refere a sanções em caso de violações, importa referir que à OE foi delegado o poder de exercer jurisdição disciplinar sobre os seus membros, por força da alínea h, do n.º 2, do art. 3º do Estatuto Disciplinar. A jurisdição disciplinar sobre os enfermeiros é da competência exclusiva do Conselho Jurisdicional, nos termos do n.º 1 do art. 24.º do Estatuto da OE. Entendendo-se por disciplina a adequação do comportamento profissional às normas profissionais estabelecidas e aos deveres deontológicos assumidos, a jurisdição disciplinar deve ser capaz de decidir com justiça, com imparcialidade e objectividade, tendo como referência o necessário equilíbrio entre o bem individual e o bem comum, permitindo-se atribuir a cada uma das partes o que lhe é devido (OE, 2005). Neste pressuposto, entende-se que a acção disciplinar deve permitir não só punir o comportamento

inobservante, mas também recompensar o mérito profissional àqueles que transcendem o comportamento esperado.

No que se refere ao processo de recurso a OE, no seu Estatuto, dá a conhecer aos seus membros o processo de que dispõem. Assim, no artigo 48º e seguintes está previsto que têm legitimidade para recorrer quaisquer das partes intervenientes que se considerem lesadas com as decisões que forem proferidas, referindo quais as instâncias que têm competência para a sua análise e os prazos de interposição de recurso.

Oportunidades de formação contínua/desenvolvimento profissional

O desenvolvimento profissional coloca-nos perante a consideração dos saberes, na convergência dos aspectos científicos, técnicos e relacionais. O dever de actualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios. A habilitação que as organizações de ensino conferem, possibilita o início do percurso profissional, mas é o processo individual de desenvolvimento de competências, com base na formação contínua, que permite a consolidação e/ou actualização de competências e o amadurecimento ao nível da capacidade de reflexão (OE, 2007).

A regulação do acesso à profissão está, actualmente, exclusivamente dependente da qualificação académica. O percurso e acesso ao título de enfermeiro especialista estão, também, dependentes da habilitação académica. A OE tem vindo a aprofundar um modelo de desenvolvimento profissional assente na certificação de competências, que altere a situação existente que impede, não só a possibilidade de escolha de percursos profissionais adequados e coerentes com as experiências vividas e as competências adquiridas, como a valorização dessas mesmas experiências para o percurso de desenvolvimento profissional conducente à especialização. Neste sentido foi, recentemente, aprovada a primeira alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro), que estabelece para o acesso aos títulos profissionais de enfermeiro e enfermeiro especialista a obrigatoriedade de um sistema de certificação de competências, tendo como referência o perfil de competências de enfermeiro de cuidados gerais já definido e o perfil de competências comuns e específicas, que está a ser formulado para o enfermeiro especialista. Este sistema é operacionalizado através de período de exercício profissional tutelado por um supervisor clínico, em serviço com idoneidade formativa reconhecida na perspectiva dos referenciais da profissão. O modelo de desenvolvimento profissional aprovado permite, por

um lado, garantir a qualidade e a excelência dos cuidados de enfermagem prestados e, por outro, traduzir um processo de formação contínua dos enfermeiros assente na prática clínica. Esta prática tem início após a formação pré-graduada e prossegue no sentido da especialização de todos os enfermeiros.

A Ordem proporciona, também, oportunidades de formação para os seus membros, o que vai de encontro ao previsto no seu estatuto, constituindo uma das suas atribuições promover a valorização profissional e científica dos seus membros (alínea a, ponto 2, art. 3º). Para este efeito realiza e fomenta momentos formativos, promovendo o intercâmbio de experiências e conhecimentos científicos, a maior parte destes gratuitamente, para além da divulgação, através dos seus meios de comunicação, de outros eventos científicos relevantes. O site da Ordem é permanentemente actualizado e proporciona informação sistemática sobre estes acontecimentos.

Promoção de ambientes de trabalho saudáveis

No Código Deontológico do Enfermeiro existem alguns artigos que, de uma forma muito directa, apontam para a defesa e promoção de ambientes de trabalho saudáveis, se bem que o conceito de “saudável” não seja explicitamente definido. Assim, constitui direito dos membros efectivos da Ordem *“usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade”* (alínea c, ponto 2, art. 75º). A este direito corresponde correlativamente o dever, de *“assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia”* (alínea d, art. 88º). O enfermeiro pode, ainda, *“solicitar a intervenção da Ordem na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem”* (alínea j, ponto 2, art. 75º).

Por outro lado, sendo a Ordem associada do ICN, terá que assumir, na sua política, as questões que se prendem com os ambientes favoráveis à prática, nomeadamente: enquadramentos políticos centrados no recrutamento e retenção; estratégias para a formação e promoção contínuas; formas de compensação e reconhecimento dos profissionais e; ambientes de trabalho seguros.

A OE, com a criação do “Espaço Cidadão” na sua página oficial da Internet, espaço interactivo, pretende uma maior proximidade com todos os cidadãos utilizadores directos ou indirectos de cuidados de saúde. Neste espaço, são disponibilizados um conjunto de textos sobre temas ligados ao exercício da enfermagem e à celebração de várias efemérides no

âmbito da saúde, à escala local, nacional e internacional. Esta iniciativa destina-se a esclarecer os cidadãos sobre um conjunto variado de temas, o papel de cooperação que os enfermeiros desempenham com outros profissionais de saúde e a forma como se podem estabelecer parcerias válidas com os cidadãos¹⁸, visando a obtenção de ganhos em saúde para todos e, neste sentido, clamando por ambientes de trabalho seguros. Considera-se que sendo a saúde entendida, cada vez mais, como um assunto que respeita aos próprios cidadãos com direitos e responsabilidades, a participação activa de uma comunidade bem informada e fortemente motivada é indispensável para a realização de objectivos comuns.

Colectivamente, os profissionais de saúde devem potenciar a cooperação no sentido de promover ambientes favoráveis à sua prática, sendo necessário agir sobre os factores que contribuem para melhorar a sua saúde e bem-estar.

Terminada a revisão da literatura sobre as dimensões e componentes do modelo dá-se início ao enquadramento metodológico do estudo que faz parte integrante do capítulo que se segue.

¹⁸ Vejamos como exemplo o tema “Enfermeiros e Famílias – Em parceria na construção de saúde para todos”. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt, no Espaço Cidadão.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Sendo intenção desenvolver o presente estudo centrado nos determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem numa organização hospitalar optou-se por uma abordagem quantitativa, também designada por paradigma “tradicional”. Este tipo de abordagem visa a interpretação extensiva e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação de um fenómeno. Em estudos organizacionais “a pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reacções, hábitos e atitudes num universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente”. (Vilelas, 2009, p. 113)

Trata-se de um estudo descritivo - correlacional, que pretende descrever e explicar ambientes favoráveis à prática e identificar relações possíveis entre as variáveis, a fim de dar uma imagem completa do fenómeno estudado.

3.2. POPULAÇÃO

O processo de selecção dos sujeitos que fazem parte de um estudo é um dos aspectos fundamentais para o rigor da investigação. Sendo a população “*toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios*”, importa definir a população-alvo em que está interessado o pesquisador (Polit e Hungler, 1995, p.143).

Pretendendo-se, neste estudo, abranger todos os enfermeiros que exercem a sua actividade profissional numa organização hospitalar, definiu-se como população-alvo todos os enfermeiros que se encontravam no exercício das suas funções, no período da colheita de dados, no Hospital Nossa Senhora do Rosário (HNSR). Todos tinham a mesma probabilidade de entrar no estudo, sendo a população, numa fase inicial coincidente com a amostra, $N=n$.

O HNSR é um hospital distrital geral, nível IV, com 364 camas de internamento, abrangendo uma área de influência de cerca de 200.000 habitantes. Constituiu-se como

Centro Hospitalar, a partir de 1 de Novembro de 2009, com o Hospital do Montijo. Possui as seguintes linhas de actividade: Internamento; Urgência (Geral, Pediátrica e Obstétrica/Ginecológica); Ambulatório (Consulta Externa; Hospitais de Dia; Cirurgia de Ambulatório e Radioterapia).

O Hospital tem definidos os seguintes objectivos:

- Melhoria organizacional interna;
- Eficiência e eficácia de produtividade;
- Melhoria de Qualidade na Prestação de Cuidados;
- Qualificação e Satisfação dos colaboradores do Hospital;
- Garantia do controlo orçamental e a sustentabilidade financeira.

A Qualidade e a Acreditação do Hospital, por cumprimento de um referencial normativo global e aplicável a toda a actividade, foram definidas como uma linha de actuação estratégica, sendo adoptado o modelo da *Joint Commission International* (JCI). Alguns Serviços têm em curso processos de certificação pela ISO 9001.

Do ponto de vista dos recursos humanos o Hospital possui 1408 profissionais, dos quais 469 são Enfermeiros. Destes, 65,1% estão em contrato de funções públicas e 34,9% em contrato individual de trabalho. Detêm o título profissional de Enfermeiro 83,6% e o título de Enfermeiro Especialista 16,4%, nas seguintes áreas clínicas: Saúde Materna e Obstetrícia, Saúde Infantil e Pediatria, Enfermagem de reabilitação; Enfermagem Médico-cirúrgica, Saúde Mental e Psiquiatria e Enfermagem Comunitária. Assim, definiu-se como população e amostra deste estudo 469 enfermeiros.

3.3. OBJECTIVOS, VARIÁVEIS E HIPÓTESES

Face à questão de partida colocada - Quais serão as percepções dos enfermeiros sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar? - e no sentido de orientar o decurso da investigação definiram-se os seguintes objectivos:

Objectivo geral

- Descrever os factores estratégicos que determinam a existência de um modelo de desenvolvimento organizacional baseado em ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

Objectivos específicos

- Identificar as dimensões e variáveis que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem;
- Caracterizar os factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem;
- Analisar as eventuais diferenças de percepção entre os enfermeiros gestores e prestadores de cuidados sobre os factores que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem;
- Analisar as eventuais diferenças de percepção entre os enfermeiros, em função do contexto de prestação de cuidados (Internamento, Urgência e Ambulatório), sobre os factores que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem.

Sendo as variáveis “qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 1999, p.36), seleccionaram-se as que se consideraram pertinentes para o desenvolvimento do estudo.

Assim, foi definida a seguinte variável dependente que, segundo Polit e Hungler (1995), é a variável que o pesquisador tem interesse em compreender e explicar:

- Percepção dos enfermeiros sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem.

Foram definidas as seguintes variáveis independentes que, de acordo com Fortin (1999), são variáveis manipuladas pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente:

- Na caracterização sócio demográfica: idade; género; grau académico; título profissional; relação jurídica de emprego; tempo de exercício profissional.
- Na área de actuação dos enfermeiros: gestão; prestação de cuidados (gerais e especializados); outra.
- No contexto de prestação de cuidados: Internamento, Urgência (Geral, Obstétrica e Ginecológica) e Ambulatório (Consulta externa, Hospitais de Dia, Cirurgia do Ambulatório, Radioterapia).

Definidas as variáveis, e face à problemática descrita, formulou-se a seguinte hipótese teórica: Existem condições favoráveis para a criação de um modelo de desenvolvimento organizacional baseado em ambientes favoráveis à prática pese embora

que dependem de factores críticos de sucesso ao nível organizacional, profissional, governamental e da associação profissional. Esta hipótese sustenta as seguintes hipóteses operativas:

- Existe diferença de percepção entre os enfermeiros gestores e prestadores de cuidados sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática.
- Existe diferença de percepção entre os enfermeiros em função do contexto de prestação de cuidados (Internamento, Urgência e Ambulatório) sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática.

3.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

3.4.1. Instrumento de colheita de dados

O processo de colheita de dados consiste em *“colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim”* (Fortin, 1999, p.261).

Tratando-se de um estudo descritivo – correlacional, a escolha do instrumento de colheita de dados recaiu sobre o Questionário, de forma a ajudar a organizar, normalizar e controlar os dados sobre o ambiente de trabalho dos enfermeiros.

Não existem instrumentos validados para este fim. A Edição Portuguesa “Ambientes Favoráveis à Prática” tradução do original inglês *“Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care”*, do ICN, contém um instrumento, que faz parte integrante desta edição, destinado a avaliar o ambiente de trabalho dos enfermeiros, sendo constituído por um conjunto de questões abertas (Anexo I). Este instrumento não foi adaptado nem testado no nosso país, tendo apenas sido traduzido do original inglês. Por esta razão decidiu-se pela construção de um questionário, que abrangesse as questões e dimensões constantes no instrumento proposto pelo ICN, adaptadas ao contexto cultural, profissional e social português onde se integram os participantes do estudo. Em conformidade com a pesquisa da literatura sobre processos de adaptação de instrumentos de colheita de dados¹⁹, percebeu-se ser adequado avaliar a equivalência semântica de todos

¹⁹ (Gooley JJ, Schomer A, Saper CB, 2006; Ko GT, Chan JC, Chan AW, Wong PT, Hui SS, Tong SD, et al., 2007; Qin LQ, Li J, Wang Y, Wang J, Xu JY, Kaneko T, 2003; Morgan L, Arendt J, Owens D, Folkard S, Hampton S, Deacon S, et al. 1998; Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E., 1999; Allison KC, Stunkard AJ, Thier SL, 2004)

os itens e dimensões do questionário, sob uma perspectiva do significado referencial dos principais termos/palavras e/ou conceitos. Por outro lado, e considerando as orientações igualmente emitidas pela literatura, nomeadamente nas “Recomendações para Adaptação Cultural de Medidas de Estados de Saúde”, seria necessário proceder a uma avaliação do significado geral de cada pergunta e à validação do instrumento (Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz, 2002).

Para proceder à validação do questionário utilizado neste estudo, partiu-se para a revisão por especialistas/peritos e considerou-se a validade de face (validade aparente ou validade externa) e validade de conteúdo, constituindo-se estas como descrições técnicas de julgamento, para que uma escala pareça razoável e inteligível. Segundo Lobiondo-Wood e Haber (1994), a validade de rosto ou aparente, é um tipo rudimentar de validade que verifica basicamente se um determinado instrumento parece medir o conceito, ou seja se, na sua aparência, o instrumento parece estar a avaliar as qualidades desejadas. A validade de conteúdo julga se todas as amostras do instrumento são relevantes, têm conteúdo ou domínios importantes. Segundo Paschoal (2000), este tipo de validade assegura que os itens de um instrumento cobrem e representam adequadamente o que está a ser medido, assim como permite que qualquer *score* seja interpretado de forma apropriada. Tanto a validade de face quanto a de conteúdo pode ser verificada através da análise do comité de especialistas (Streiner e Norman, 1995).

O questionário inicial foi, assim, submetido, a 12 de Maio de 2009, ao primeiro comité de peritos, constituído por 3 enfermeiros com percurso académico e de investigação relevante. Foi avaliado quanto a equivalências semântica e de idioma, que corresponde ao significado das palavras e ao uso de expressões e a equivalência de conceitos analisando a coerência dos itens. As alterações resultantes da análise por este comité foram incorporadas no questionário, que foi novamente submetido ao segundo comité de peritos, em 22 de Junho, e incorporadas as alterações sugeridas.

Pré-teste

Tendo como finalidade evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário foi efectuada, ainda, uma prova preliminar - o pré-teste. O questionário foi aplicado, a 15 de Novembro de 2009, noutra organização hospitalar do mesmo grupo, IV, do Distrito de Setúbal. Esta decisão prendeu-se com a necessidade de incluir todos os sujeitos do hospital onde decorreria o estudo. O questionário foi aplicado a uma amostra de vinte sujeitos, com

características semelhantes aos sujeitos do estudo, distribuídos da seguinte forma: 5 enfermeiros da área de gestão e 15 da prestação de cuidados. Destes foram incluídos enfermeiros dos diversos contextos de prestação de cuidados: 5 do serviço de urgência; 5 do internamento e 5 do ambulatório. O preenchimento dos questionários decorreu na presença do investigador para esclarecimento de dúvidas e anotar as limitações. O tempo dispendido para o preenchimento dos questionários foi de 40 minutos. Foram posteriormente reelaboradas as questões que suscitaram alguma dificuldade de interpretação.

O questionário final (apêndice I) é composto por duas partes, sendo a primeira constituída por um conjunto de proposições ligadas ao ambiente de trabalho dos enfermeiros e relacionadas com características e factores críticos de sucesso ao nível organizacional, profissional, governamental e da associação profissional dos enfermeiros. As proposições encontram-se formuladas de forma afirmativa às quais se juntou uma escala de Likert com cinco categorias: 1-Discordo totalmente; 2-Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4-Concordo; 5-Concordo totalmente, e um espaço para comentários. Um *score* elevado representa, por conseguinte, um elevado grau de concordância e um *score* baixo de discordância. A segunda parte é composta por questões relacionadas com a caracterização socio-demográfica dos sujeitos. No preâmbulo do questionário é explicitada a importância da investigação e solicitada a adesão do respondente, são fornecidas instruções para o seu preenchimento e é garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

3.4.2. Recolha de dados

Procedeu-se à entrega dos questionários entre o dia 6 e 12 de Novembro de 2009, para o que se solicitou, pessoalmente, a colaboração dos enfermeiros responsáveis das unidades de cuidados para a sua distribuição por todos os enfermeiros em exercício de funções nessas unidades. Foram entregues 376 questionários dado que os restantes enfermeiros da organização não se encontravam em exercício de funções devido a licenças (férias, casamento, parto) e ausências (doença, assistência à família). Foi estabelecido que, após o preenchimento do questionário, o participante o colocaria no envelope fornecido com o mesmo e introduziria numa caixa disponibilizada para esse efeito. A recolha dos questionários processou-se entre o dia 16 e 20 de Novembro de 2009, tendo sido recepcionados 280, o que corresponde a uma taxa de retorno de 74,5%. Destes 280

questionários foram anulados 9 (6 por não estar preenchida a II parte do questionário relativa aos dados de caracterização dos sujeitos e 3 por ausência de folhas constituintes do mesmo). Assim foram considerados no estudo 271 questionários.

3.4.3. Tratamento dos dados

Os dados foram organizados e tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 17.0, em consonância com a pesquisa da literatura sobre tratamento e análise de dados em Ciências Sociais (Silva, 2003; Pereira, 2006; Vilelas, 2009). Em termos estritos adoptou-se um protocolo de análise caracterizado pelo seguinte:

- estudo descritivo da importância de cada situação, analisando a sua importância, o seu peso e a sua variabilidade no seio dos inquiridos (medidas univariadas);
- estudo comparativo das médias das opiniões verbalizadas, tendo em vista a descodificação de eventuais diferenças significativas das opiniões expressas (medidas bivariadas);
- estudo de interdependência de natureza multivariada através da análise factorial por componentes principais, objectivado à identificação das variáveis latentes que estruturam o perfil do ambiente de trabalho dos enfermeiros;
- estudo da fiabilidade interna da escala global e das sub-escalas, através do cálculo da estatística de *alpha* de Cronbach.

3.5. QUESTÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO

Qualquer investigação efectuada junto dos profissionais levanta questões morais e éticas, devendo ser salvaguardados os direitos fundamentais dos envolvidos, designadamente: o direito de autodeterminação, a reserva da intimidade, o anonimato e a confidencialidade. No sentido da salvaguarda destes direitos, antes de dar início ao estudo, foi solicitada autorização para a sua realização ao Conselho de Administração da organização hospitalar pretendida salientando a salvaguarda dos princípios éticos subjacentes. Juntamente com a carta de solicitação foi entregue uma fotocópia do projecto de investigação e um exemplar do questionário. Foi obtida resposta favorável para o desenvolvimento do estudo (Apêndice II). Aos participantes do estudo foram garantidos o consentimento informado e o anonimato e confidencialidade dos dados.

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Como estratégia para uma análise compreensiva dos dados estes serão apresentados em quadros, tabelas e gráficos.

4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ALVO

Idade

No presente estudo participaram 271 enfermeiros. Conforme se pode observar na tabela nº 1 os enfermeiros são, em grande maioria jovens, possuindo 64,9% menos de 40 anos de idade.

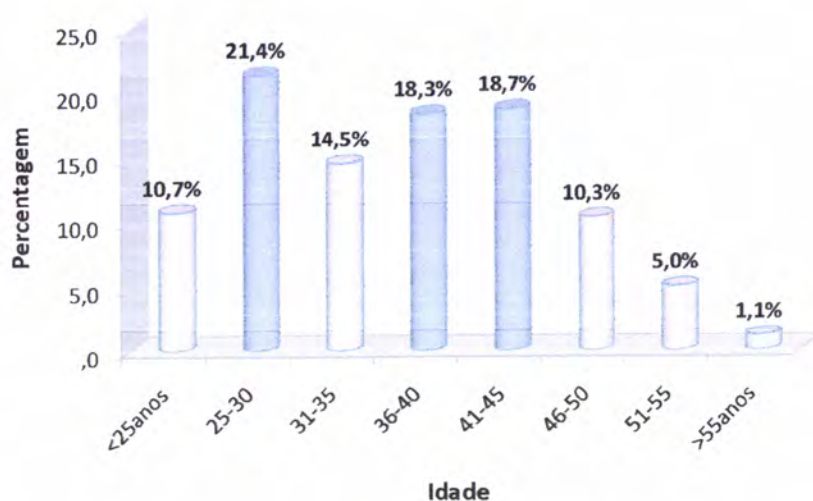
Tabela nº1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a idade

Grupos etários	Frequência absoluta	Frequência relativa c. válidos	Frequência relativa acumulada
<25 anos	28	10,7	10,7
25-30	56	21,4	32,1
31-35	38	14,5	46,6
36-40	48	18,3	64,9
41-45	49	18,7	83,6
46-50	27	10,3	93,9
51-55	13	5,0	98,9
>55 anos	3	1,1	100,0
Total	262	100,0	
N.R.	9		
TOTAL	271		

O grupo etário mais representativo (21,4%), detém idades compreendidas entre 25 a 30 anos, tal como se pode observar no gráfico nº 1.

O intervalo de variação é de]25 anos; 55 anos[, com uma amplitude de 5 anos.

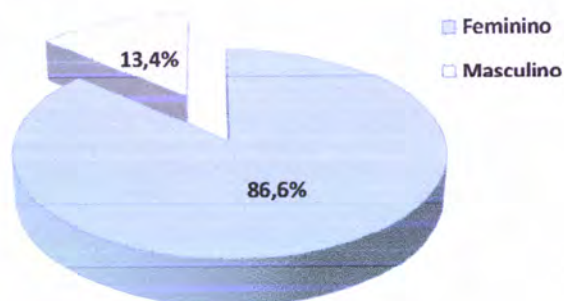
Gráfico nº 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a idade



Género

A maioria dos enfermeiros (232; 86,6%), tal como se pode constatar no gráfico nº 2, pertence ao género feminino, sendo esta realidade idêntica à distribuição observada destes profissionais a nível nacional e internacional, uma vez que é uma profissão, ainda, essencialmente exercida por pessoas do sexo feminino (OE, 2010).

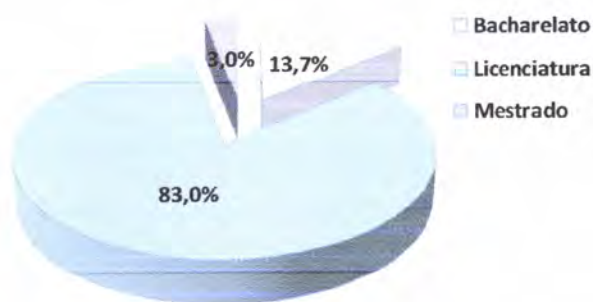
Gráfico nº 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo o género



Grau académico

No que respeita ao grau académico detido pelos enfermeiros constata-se, pelo gráfico que se segue (gráfico nº 3), que 83,3% (225) detém o grau de licenciado. Contribui para esta realidade a possibilidade de os enfermeiros detentores do bacharelato em enfermagem complementarem a sua formação através da frequência do curso de complemento de formação em enfermagem, criado pelo Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro e regulamentado através da Portaria nº 799-E/99 de 18 de Setembro. Para além da aquisição deste grau, essencial para a progressão na carreira, esta formação tem permitido aos enfermeiros consolidar e/ou actualizar conhecimentos e potenciar a sua capacidade de reflexão. Verifica-se que 13,7% (37) dos enfermeiros ainda não frequentaram este curso, detendo o grau de bacharel. Apenas 3% (8) detém o mestrado.

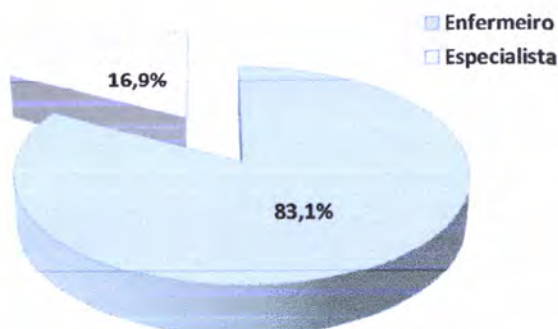
Gráfico nº 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo o grau académico



Título Profissional

A grande maioria dos enfermeiros (221; 83,1%) detém o título profissional de enfermeiro e apenas 16,9% (45) o título de enfermeiro especialista (gráfico nº 4). Este último é atribuído pela Ordem dos Enfermeiros após o enfermeiro ter obtido um curso de pós graduação numa área clínica de enfermagem (Curso de Estudos Superiores Especializados ou Curso de Pós-Licenciatura de Especialidade). Os enfermeiros que detêm este título têm reconhecido a competência científica, técnica e humana para prestar aos cidadãos, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade (ponto 2, artigo 7º, Lei nº 111/2009), o que representa uma mais-valia para os utentes, profissionais e para a própria organização hospitalar, face à diferenciação de cuidados que disponibiliza.

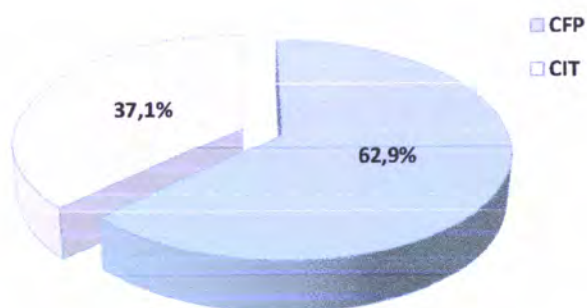
Gráfico nº 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo o título profissional



Relação jurídica de emprego

No que se refere à relação jurídica de emprego (gráfico nº 5) verifica-se que 62,9% (168) dos enfermeiros está em situação de contrato de trabalho em funções públicas (CFP) na sequência da entrada em vigor da Lei nº59/2008, de 11 de Setembro, que aprova este novo regime de contrato aplicável aos anteriores “funcionários públicos”, neste caso aos enfermeiros integrados na carreira de enfermagem, Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, revogada pela nova carreira criada pelo Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro. Os restantes 37,1% (99) estão em regime de contrato individual de trabalho (CIT). Consta-se, assim, que os enfermeiros possuem estabilidade de emprego.

Gráfico nº 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo a relação jurídica de emprego



Tempo de exercício profissional

Pela tabela nº 2 e gráfico nº 6 verifica-se que 64,8% dos enfermeiros participantes no estudo detêm menos de 15 anos de exercício profissional. Apenas 2,3% possui mais de 25 anos.

Tabela nº 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional

Tempo exercício profissional	Frequência absoluta	Frequência relativa c. válidos	Frequência relativa acumulada
0-5 anos	85	32,2	32,2
6-10 anos	33	12,5	44,7
11-15 anos	53	20,1	64,8
16-20 anos	50	18,9	83,7
21-25 anos	37	14,0	97,7
>25 anos	6	2,3	100,0
Total	264	100,0	
N.R:	7		
TOTAL	271		

O maior número de respondentes (85; 32,2%) detêm até 5 anos de exercício profissional, o que denota um rejuvenescimento dos profissionais de enfermagem nesta organização hospitalar.

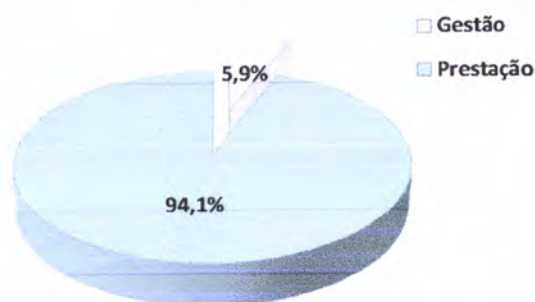
Gráfico nº 6- Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional



Área de actuação

Pela análise do gráfico nº 7 constatamos que a grande percentagem dos enfermeiros (254; 94,1%) são prestadores de cuidados e apenas 5,9% (16) desempenham funções de gestão, o que condiz com a percentagem espectável face à realidade organizacional.

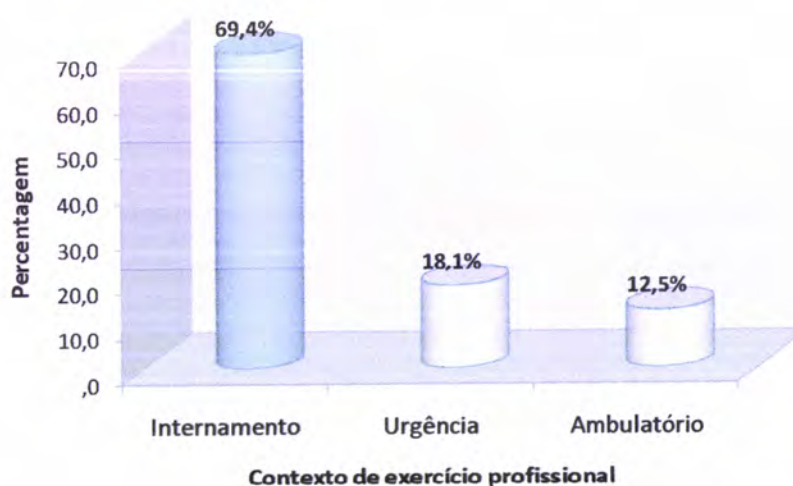
Gráfico nº 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a área de actuação



Contexto de exercício profissional

Relativamente ao contexto de exercício profissional (gráfico nº 8) 69,4% (188) enfermeiros exerce funções nos serviços de internamento, 18,1% (49) em serviços de urgência onde se incluem a Urgência Geral, Pediátrica e Obstétrica e Ginecológica e 12,5% (34) em serviços de ambulatório.

Gráfico nº 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo o contexto de exercício profissional



Esta é uma distribuição espectável face às necessidades em cuidados de enfermagem a disponibilizar nos diferentes contextos da organização hospitalar em referência.

4.2. AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

4.2.1. Estudo da fiabilidade do instrumento para avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros

Considerando que foi criado um instrumento para avaliar o ambiente de trabalho dos enfermeiros era necessário garantir a sua fiabilidade e consistência interna.

A fiabilidade, ou fidelidade para alguns autores, destina-se a aferir a consistência interna de uma escala para garantir o grau de consistência do instrumento ao longo do tempo, ou seja, a precisão da reprodutibilidade das medidas (Silva, 2003). Para estudar a fiabilidade do instrumento aplicado procedemos à avaliação da sua consistência interna, através do coeficiente *alpha de Cronbach*. Especificamente este coeficiente, segundo Vilelas (2009) pretende saber como um conjunto de itens avalia a variável latente; se será de maneira fraca ou estável. A maioria dos autores considera aceitável um *alpha de Cronbach* > 0.70.

Tabela nº 3 - Consistência interna das dimensões do instrumento de recolha de dados

Dimensão	Nº de itens	Alpha de Cronbach
Organização	25	.896
Enfermeiro	19	.892
Governo	7	.834
Associação Profissional (Ordem dos Enfermeiros)	11	.910

Como podemos observar pelos valores de alpha de Cronbach da tabela nº 3 existe, em todas as dimensões, uma elevada consistência interna, uma vez, que todos possuem valores superiores a 0.80. Podemos, igualmente, observar nas tabelas em Anexo II que os itens respeitantes a cada dimensão, Organização, Enfermeiro, Governo e Associação Profissional denotam, igualmente, elevada consistência interna. Este valor superior a 0.8 indica-nos que a variância entre os itens é baixa e existe uma boa fidedignidade nas dimensões e itens, concluindo-se que a escala utilizada revela uma adequada fiabilidade e consistência interna para a avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros na organização hospitalar estudada.

4.2.2. Determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem

A fim de concretizar o objectivo do estudo - identificar as dimensões e variáveis que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem procedeu-se à análise dos dados obtidos na parte I do questionário. A avaliação efectuada pelos 271 enfermeiros que exercem funções em diferentes contextos de intervenção da organização hospitalar – internamento, urgência e ambulatório – incluiu um conjunto de componentes, características definidoras da qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem, organizado pelas dimensões consideradas: Organização; Enfermeiro; Governo; Associação Profissional. Apresentam-se em seguida os resultados dos dados obtidos relativos às médias das componentes que constituem essas dimensões.

Os resultados representam a percepção de Enfermeiros, prestadores de cuidados e gestores de unidades e serviços, detentores de experiência e conhecimento consistentes do seu ambiente da prática. As respostas apresentadas às questões, em escala tipo Likert, referem-se ao grau de concordância ou discordância com as mesmas.

Na análise dos dados por dimensões opta-se por salientar as componentes mais críticas, ou seja, as características cujas médias se distanciaram, quer positivamente (concordância) quer negativamente (discordância), da categoria 3, que representa uma posição intermédia (não concordo nem discordo). Assim, por uma questão de congruência, serão realçadas as componentes que se distanciam positiva ou negativamente da categoria 3 em 20 centésimas.

Dimensão Organização

Considerando o papel e responsabilidade da própria organização hospitalar na promoção de ambientes favoráveis à prática dos diversos profissionais de saúde procedeu-se à análise das componentes que fazem parte integrante da dimensão organização (gráfico nº 9), realçando-se as que obtiveram mais elevado grau de concordância e de discordância. Assim constata-se, pelo mais elevado grau de concordância obtido nessas componentes, que os enfermeiros valorizam de forma positiva na organização as seguintes características:

A definição de responsabilidades/funções dos enfermeiros (3,77);

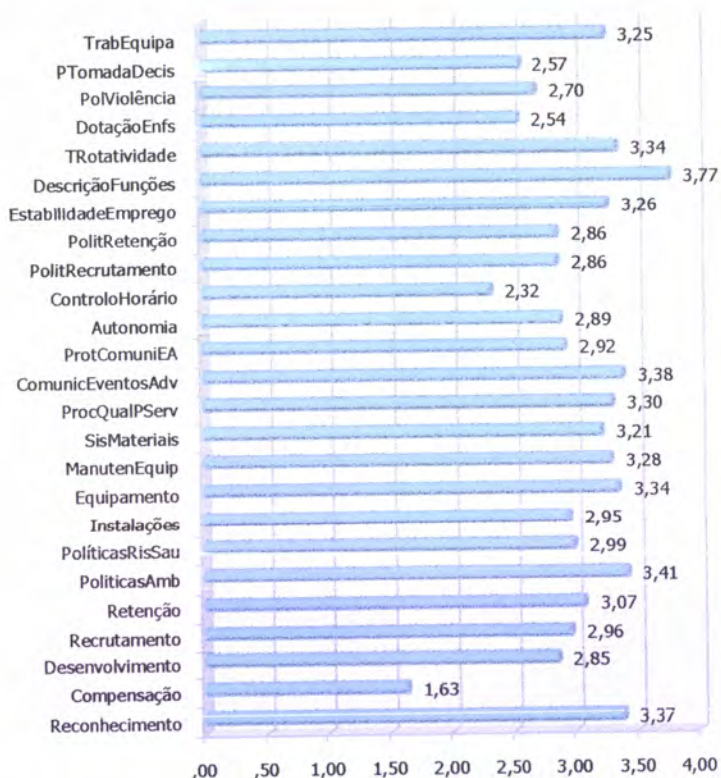
A implementação de políticas para promover um ambiente de trabalho seguro (3,41);

Os procedimentos para comunicação de eventos adversos (3,38);

O reconhecimento pelos enfermeiros enquanto profissionais (3,37);

A adequação da taxa de rotatividade dos enfermeiros no serviço (3,34);
 A disponibilidade de equipamento seguro (3,34) e a manutenção regular do mesmo (3,28);
 Os procedimentos de controlo de qualidade da prestação de serviços de alimentação, limpeza e segurança (3,30);
 A estabilidade de emprego (3,26);
 O trabalho em equipa multidisciplinar (3,25);
 Um sistema de gestão de materiais que responde às necessidades de prestação de cuidados (3,21).

Gráfico nº 9 - Distribuição das componentes que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem da Dimensão Organização segundo a média



Com base nas componentes que obtiveram maior discordância pode inferir-se que os enfermeiros consideram:

Que não recebem uma compensação adequada pelo seu trabalho (1,63);

Não existe uma política implementada que permite aos enfermeiros gerir os seus próprios horários (2,32);

Que a dotação de enfermeiros não é adequada (2,54);

Que não participam na tomada de decisão da organização (2,57);

Que não existem políticas contra a violência no local de trabalho (2,70).

Do exposto constata-se que, os enfermeiros, embora se sintam reconhecidos na organização, consideram não receber uma compensação adequada pelo seu trabalho. Desta constatação pode inferir-se que é reconhecido o percurso de desenvolvimento da profissão e da crescente exigência de capacidades e competências, contudo existe a percepção de que esta exigência não é valorizada. Recorde-se que estes profissionais assumem o papel de *pivot* no contexto da equipa de forma a assegurar o *continuum* de cuidados de saúde. Esta responsabilidade, característica do seu mandato social, está expressa nos referenciais orientadores para a profissão explicados no enquadramento teórico do estudo e determina o significativo valor do papel do enfermeiro para os utentes, organizações e sociedade em geral. À semelhança da conclusão retirada do estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses (OE, 2004) este resultado comprova que a remuneração é um factor importante para os enfermeiros para se sentirem recompensados pelo papel que desempenham. Também Batista, Santos e Santos (2009, p.313), concluíram dos resultados do seu estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros a exercer funções em meio hospitalar, onde participaram 692 enfermeiros, que os enfermeiros estão “*pouco satisfeitos em relação ao vencimento*”. Constituíram-se como variáveis preditoras para a satisfação profissional o vencimento, para além do local de trabalho, equipamento e órgãos de gestão.

No que se refere a taxa de rotatividade dos enfermeiros no serviço esta é considerada pelos enfermeiros como adequada, o que pode reflectir a existência de vinculação à organização, eventualmente aliada à estabilidade de emprego que lhes é proporcionada. Esta situação favorece, tal como refere Benner (2001), o desenvolvimento de competências profissionais, essenciais para uma prestação de cuidados seguros.

Verifica-se, pela média obtida na definição de responsabilidades/funções, que os enfermeiros têm uma percepção clara dos seus conteúdos funcionais, veiculada não só pelos instrumentos reguladores da profissão, como pela assumpção dos normativos da JCI (2007), que determinam a obrigatoriedade de complementar a descrição de responsabilidades específicas de cada enfermeiro de acordo com as exigências do contexto de acção.

Enfatizando as normas da JCI a segurança de utentes e profissionais, a monitorização da segurança passou a fazer parte do quotidiano dos profissionais da organização. Neste sentido são percepcionados como positivos a implementação de políticas para promover um ambiente de trabalho seguro e de procedimentos para comunicação de eventos adversos, de que são exemplo as quedas de doentes internados, as interações medicamentosas, as reacções transfusionais e em fase de preparação o erro cirúrgico.

A existência de recursos materiais, nomeadamente um sistema de gestão de materiais, disponibilidade de equipamentos e a manutenção dos mesmos, controlo de qualidade da prestação de serviços para que respondam às necessidades de prestação de cuidados, são percepcionados pelos enfermeiros de forma positiva, em contraposição com alguns resultados obtidos no estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses (OE, 2004). Esta adequação dos recursos poderá ter sido impulsionada pelas exigências da JCI, constituindo-se como um factor positivo com repercussões na qualidade do trabalho dos enfermeiros.

Apesar de ser da competência dos enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços, o controlo sobre os horários, art. 10º dos Decretos - Lei nº 247/2009 e nº 248/2009, de 22 de Setembro, sendo estes responsáveis pela sua elaboração, o resultado obtido indica que a política implementada não facilita aos enfermeiros a gestão dos seus próprios horários. Este resultado reflecte a necessidade de ser aprofundado este aspecto de forma a abranger, outras variáveis como sejam: a tipologia de horário utilizada; as regras de elaboração de horários e; a política de trocas de turno.

No que se refere à dotação de enfermeiros, esta é considerada pelos próprios como inadequada, o mesmo se verificando no estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses onde 64% dos inquiridos considerou a carga de trabalho pesada. Na verdade os resultados obtidos pelo SCD/E, reflectem elevadas taxas de utilização dos enfermeiros em alguns serviços utilizadores deste sistema o que comprova a existência de dotações inadequadas de enfermeiros. Esta situação está intimamente relacionada com a actual política de contenção de custos que visa obter a sustentabilidade financeira do sistema de saúde e, neste sentido, limita o crescimento na rubrica da despesa com pessoal, à semelhança de outras rubricas constantes nos orçamentos programa negociados entre as organizações de saúde e a tutela.

O resultado obtido da percepção dos enfermeiros sobre a participação na tomada de decisão da organização está em conformidade com os resultados obtidos por Rios (2008), que concluiu que na maioria dos serviços de saúde existia pouca participação efectiva dos

profissionais de saúde na gestão e construção do processo de trabalho e por Silva (2004), que concluiu existirem maiores constrangimentos ao nível hospitalar nas oportunidades que são concedidas à enfermagem para a tomada de decisão. Segundo este autor as decisões poderão estar concentradas ao nível da direcção de enfermagem e das hierarquias intermédias.

Tal com referem Benatti e Nishide (2000), poucos locais de trabalho são tão complexos e potenciadores de riscos como os serviços de saúde. Os riscos e os efeitos dos conflitos sobre a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde são visíveis na percepção obtida pelos enfermeiros que consideram não existirem políticas contra a violência no local de trabalho. Apesar de algum trabalho desenvolvido sobre este tema pela Direcção-Geral de Saúde (2006) e pelas organizações prestadoras de cuidados este problema recai sobre os profissionais de saúde, sendo fundamental criar outros mecanismos mais efectivos para a minimização desta situação. Esta é uma questão que deveria ser incorporada na política de saúde no local de trabalho, nomeadamente no âmbito da promoção da segurança e da saúde no trabalho, corporizada pela Lei nº 102/2009.

Dimensão Enfermeiro

No âmbito da responsabilidade dos próprios enfermeiros na promoção de ambientes favoráveis à sua prática e que decorrem, em grande parte, do seu mandato social, procedeu-se, igualmente, à análise das componentes que fazem parte integrante desta dimensão. Pelo gráfico nº 10 constata-se, dado o grau de concordância obtida, que os enfermeiros percebem como positivo no seu exercício:

A prática sob o código de ética (4,32);

A existência de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem (4,12);

As metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade implementadas (3,89);

A existência de projectos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (3,86);

O incentivo à promoção de uma boa comunicação com outros enfermeiros e entre profissionais de outras disciplinas (3,81);

A participação em actividades de formação (3,73);

O conhecimento, veiculado através dos líderes de enfermagem, dos objectivos da organização bem como o plano de como estes podem ser atingidos (3,59);

O processo de comunicação implementado entre os enfermeiros que assegura a circulação da informação relevante de forma atempada (3,51);

O sistema de registos em enfermagem que garante a visibilidade da actividade de enfermagem (3,33);

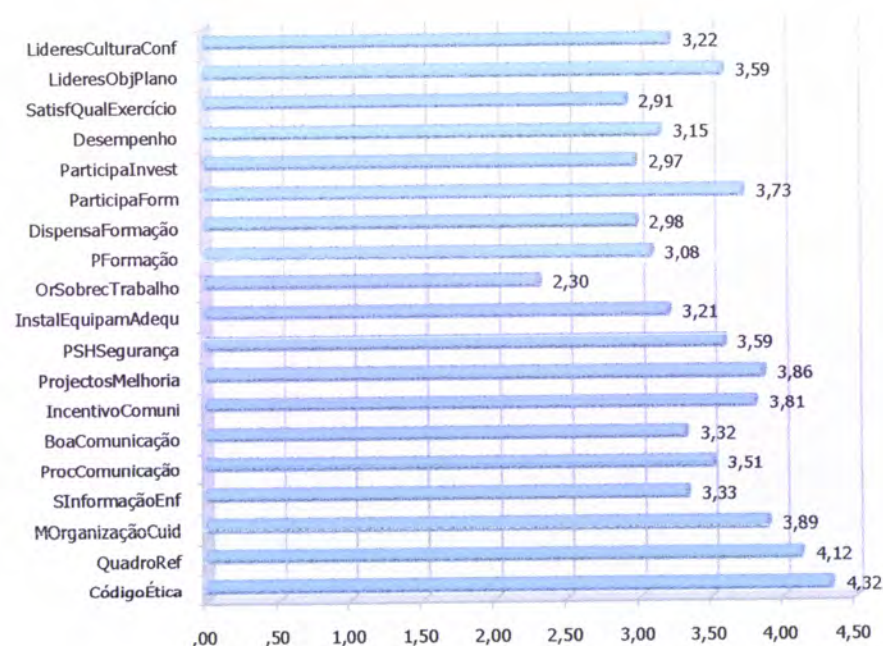
A boa comunicação entre a enfermagem e as outras disciplinas da saúde (3,32);

Os líderes de enfermagem como promotores de uma cultura de confiança, justiça e respeito mútuos (3,22);

A existência de instalações e equipamentos adequados a uma prática segura (3,21).

Como componente crítica, tendo obtido um maior grau de discordância por parte dos enfermeiros, destaca-se o facto de não estarem implementadas orientações que lhes permitam dar resposta às situações de sobrecarga de trabalho (2,30). Este aspecto está intimamente relacionado com as dotações de enfermeiros para responder às necessidades de cuidados de enfermagem, situação que foi percebida pelos enfermeiros como inadequada, tal como acima descrito, na dimensão Organização.

Gráfico nº 10 - Distribuição dos componentes que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem da Dimensão Enfermeiro segundo a média



Do exposto poderá referir-se que estão presentes características que remetem para a existência de condições favoráveis ao exercício profissional dos enfermeiros, nomeadamente: a prática segundo o código deontológico e consentâneo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros, especificamente no que concerne à categoria de enunciados descritivos “organização dos cuidados de enfermagem”. Assim, são assumidos: o quadro de referência para o exercício profissional; metodologias de organização de cuidados que favorecem a qualidade dos cuidados; a formação contínua; os projectos de melhoria contínua e; o sistema de informação e registos de enfermagem. Estas componentes visam a prossecução da excelência do exercício profissional dos enfermeiros e têm, certamente, repercussões na qualidade dos cuidados que prestam.

Os enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços transmitem aos seus pares os objectivos da organização bem como o plano de como estes podem ser atingidos. Este item obteve uma média mais elevada (3,59) do que o item relacionado com a promoção de uma cultura de confiança, justiça e respeito mútuos, que obteve uma média de 3,22. Considerando que o primeiro está intimamente relacionado com o conceito de gestão que remete para actividades como o planeamento, controle, manutenção da ordem, desenvolvimento de estratégias, entre outras, e o segundo com o conceito de liderança que remete para determinados atributos como visão, habilidade de motivar e influenciar, transmitir e inspirar confiança, aptidão política, análise e mudança, pensamento criativo e estratégico, relações interpessoais, comunicação, formação de equipas, auto-orientação, poder de decisão e resolução de problemas (ICN, 2007 b), o que implica deter uma forte força moral e ética, determinando o sucesso ou fracasso da organização, poder-se-á considerar que os enfermeiros responsáveis pela chefia são melhores gestores do que líderes? Neste sentido, o aprofundamento das características de liderança poderá constituir-se como uma área de desenvolvimento profissional futura nesta organização hospitalar.

O processo de comunicação intraprofissional e interprofissional é percebido pelos enfermeiros como positivo. Sendo a comunicação em contexto hospitalar fundamental para a atenção e relação com os utentes, assim como para o seu tratamento por parte dos médicos e dos enfermeiros, tal como provam os resultados do primeiro estudo nacional Comunicação Hospitalar em Portugal (*Breathe Health*; Escola Nacional de Saúde Pública, 2009) esta realidade pode constituir-se como uma mais-valia no processo de cuidados, favorecendo uma actuação multiprofissional e em complementaridade.

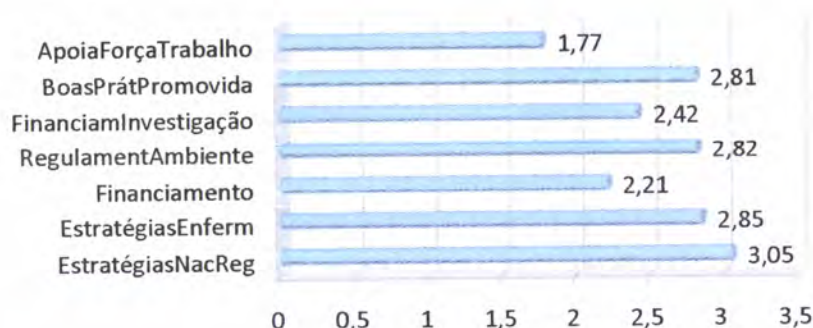
Dimensão Governo

Da análise das componentes relacionados com a dimensão governo, constata-se que os enfermeiros têm uma percepção global muito desfavorável, conforme se constata pelo gráfico nº 11. Dos sete itens considerados apenas um, a existência de estratégias regionais de saúde que operacionalizam as políticas nacionais, ultrapassou a média de três, o que leva a concluir que nem este é percebido na prática de cuidados. As restantes componentes obtiveram médias mais baixas, realçando-se as mais críticas:

A falta de apoio, por parte do governo, à força de trabalho da enfermagem para reforçar o respectivo estatuto social (1,77);

A falta de financiamento/apoio suficiente para a prestação de cuidados de saúde (2,21) e para a investigação sobre o ambiente de trabalho (2,42).

Gráfico nº 11 - Distribuição das componentes que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem da Dimensão Governo segundo a média



No que se refere ao apoio do Governo à força de trabalho da enfermagem, apesar das referências constantes nos preâmbulos dos diplomas legais (Decreto-Lei n.º 437/91, Decreto-Lei n.º 161/96, Decreto-lei n.º 104/98, Lei nº111/2009 e Decreto-Lei nº248/2009), a percepção dos enfermeiros aponta para a sua inexistência.

O contexto de contenção das despesas públicas conduz, certamente, à percepção de limites ao financiamento para a prestação de cuidados.

Constata-se, no que respeita ao financiamento para a investigação relacionada com o ambiente de trabalho subjacente ao disposto no art. 10º, da Lei nº 102/2009, que define que ao Estado compete assegurar condições que promovam o conhecimento e a

investigação na área de segurança e saúde no trabalho, que esta competência não está a ser devidamente operacionalizada.

Dimensão Associação Profissional

Relativamente ao papel e responsabilidade da Associação Profissional de Enfermagem, que em Portugal se constitui como Ordem dos Enfermeiros, verifica-se, da análise das componentes relacionadas com esta dimensão (gráfico nº 12), que são consideradas positivas, pelos enfermeiros, as seguintes:

A existência de sanções em caso de violações dos padrões da prática (3,55);

A existência de uma forma de, os enfermeiros, comunicarem as suas opiniões ou transmitirem informação de retorno à Ordem (3,26);

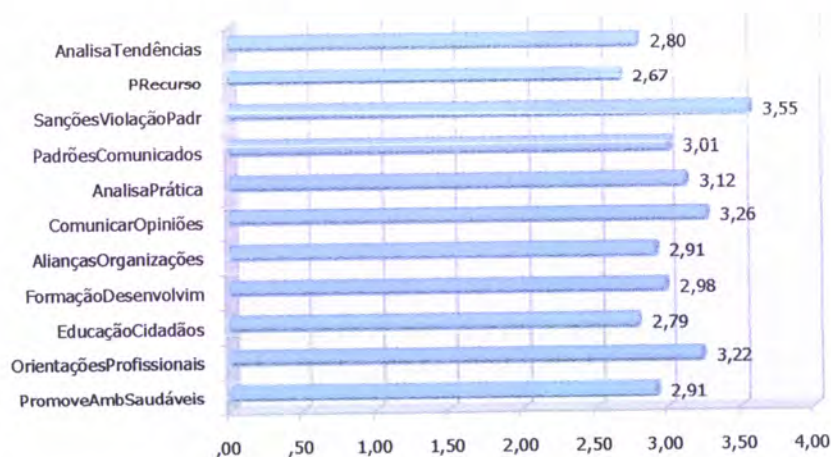
A defesa e promoção, por parte da Ordem, de orientações profissionais para os enfermeiros (3,22).

Os enfermeiros percebem de forma negativa:

A inexistência de um processo de recurso largamente conhecido (2,67);

O não envolvimento, por parte da Ordem, na educação dos cidadãos relativamente à enfermagem e ao desenvolvimento profissional (2,79).

Gráfico nº 12 - Distribuição das componentes que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem da Dimensão Associação Profissional segundo a média



Os enfermeiros percebem claramente que a Ordem tem o poder de exercer jurisdição disciplinar sobre os seus membros e têm conhecimento da existência de sanções em caso de violações dos padrões da prática, o que está de acordo com a alínea h, n.º 2, artigo 3º do Estatuto Disciplinar. No entanto, consideram que o processo de recurso que lhe está associado não é do conhecimento de todos os enfermeiros.

Também detêm conhecimento da forma como podem comunicar as suas opiniões ou transmitirem informação de retorno à Ordem o que, concretizando-se, permitirá dar a conhecer a esta Associação as diferentes realidades dos contextos de trabalho vivenciadas a nível nacional.

Os enfermeiros consideram que a Ordem assume a defesa e promoção de orientações profissionais, contribuindo para este entendimento o trabalho desenvolvido por esta entidade de definição e divulgação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e os pareceres, recomendações e enunciados de posição disponíveis nos vários meios de comunicação da Ordem.

Consideram, ainda, que a Ordem não está suficientemente envolvida na educação dos cidadãos sobre aspectos ligados à Enfermagem e ao desenvolvimento profissional. Pode daqui inferir-se que o “espaço cidadão”²⁰ criado, e outras iniciativas a estes destinadas, não são suficientemente valorizados pelos enfermeiros como forma de manter a comunidade bem informada e motivada para a concretização de objectivos comuns.

4.2.3. Factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática

Com o objectivo de caracterizar os factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem procedeu-se à descodificação de variáveis latentes em cada uma das dimensões e componentes da escala utilizada para avaliação do ambiente da prática dos enfermeiros. Para a redução/simplificação da estrutura da matriz de correlação foi utilizada a técnica de análise factorial de componentes principais. Esta técnica, segundo (Silva, 2003, p. 122), “*permite efectuar uma redução ou agregação de um conjunto de variáveis em novas variáveis compostas designadas de factores*”. Esta agregação tem subjacente uma combinação particular de relações entre as variáveis e os

²⁰ Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=467>

factores produzidos, que podem ser maximizadas calculando a rotação dos factores segundo o critério de *varimax* (rotação ortogonal da matriz dos factores *F*).

Dimensão Organização

Os resultados apresentados (quadro nº 3) pelo teste de Bartlett (*Bartlett's Test of Sphericity*=1998,576; *df*=300; *Significance* =0,000) e o valor obtido da estatística KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*=0,881) permitem garantir um bom índice de adequação da aplicação da matriz de correlação *R* para o cálculo da análise factorial de componentes principais, mostrando que as variáveis são correlacionáveis e, por conseguinte, que a análise pode ser feita.

Quadro nº 3 - Resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett – D. Organização

Testes de KMO e Bartlett		
Kaiser-Meyer-Olkin		,881
Teste de Bartlett	Approx. Chi-Square	1998,576
	df	300
	Sig.	,000

Face aos valores de variância explicada obtidos no quadro em Anexo II, adoptando o critério de Kaiser (extração de factores com valores superiores à unidade), foram retidos 6 factores que explicam aproximadamente 55,7% da variância total.

O resultado obtido da rotação ortogonal da matriz dos factores *F* revelou uma estrutura mais simplificada do conjunto inicial de variáveis da dimensão organização. Este novo conjunto de componentes explica a correlação variável-factor e hierarquiza por ordem decrescente o peso da contribuição de cada componente para a formação dos factores. Considerou-se um valor de saturação > 0,500 para efeitos de interpretação da relação item-factor.

Estes resultados apontam para uma estrutura de 6 padrões factoriais que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem relacionados com a organização hospitalar. Intitulou-se cada padrão factorial com base nas suas características. Assim, tendo em conta a matriz que se segue, designou-se:

Factor 1 Práticas de Gestão - Este factor explica 12,144% da variância total. As componentes que mais contribuem para a formação deste factor são: compensação adequada pelo trabalho; autonomia dos enfermeiros; participação na tomada de decisão; reconhecimento profissional; trabalho em equipa multidisciplinar e desenvolvimento profissional. As restantes variáveis têm um menor peso nas boas práticas de gestão.

Factor 2 Estruturas de Apoio - Este factor explica 12,030% da variância. As componentes que contribuem para este factor são: manutenção regular do equipamento; disponibilidade de equipamento seguro; sistema de reposição de materiais adequado às necessidades da prestação de cuidados; instalações adequadas à prestação cuidados e; procedimentos de controlo de qualidade da prestação de serviços.

Factor 3 Políticas de Recursos Humanos - Explicando 9,632% da variância total contribuem para este factor as seguintes componentes: estabilidade de emprego; descrição das responsabilidades/funções dos enfermeiros na organização; políticas de retenção e de recrutamento de pessoal.

Factor 4 Políticas de Gestão de Erros - Explicando 8,416% da variância total, as componentes que contribuem para este factor são: políticas que protejam quem comunica eventos adversos e; procedimentos para comunicação desses eventos.

Factor 5 Condições para Captação de Recursos Humanos - Este factor explica 7,659% da variância total e, apesar de ser constituído por três componentes, apenas as condições de trabalho que favorecem o recrutamento e facilitam a retenção de enfermeiros têm maior peso na contribuição para este factor.

Factor 6 Dotações Seguras e Segurança no Trabalho - Representando apenas 5,872% da variância total, contribuem para este factor a adequada dotação e taxa de rotatividade de enfermeiros, fundamentais para a obtenção dos melhores resultados dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes e para a garantia de cuidados seguros.

Quadro nº 4 – Matriz de 6 componentes principais rodadas pelo método Varimax – D.Organização

Rotação Componential Varimax						
	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Compensação pelo trabalho	,616					
Autonomia dos enfermeiros	,601					
Participação na tomada de decisão	,577					
Reconhecimento profissional	,524					
Trabalho em equipa multidisciplinar	,507					
Desenvolvimento profissional	,505					
Políticas contra a violência no local de trabalho	,477					
Políticas organizacionais dão resposta aos riscos de saúde ocupacional	,449					
Políticas para promover ambiente trabalho seguro	,400					
Manutenção Equipamento		,780				
Equipamento seguro		,757				
Sistema de reposição de materiais responde às necessidades		,643				
Instalações adequadas à prestação cuidados		,563				
Procedimentos de controlo de qualidade da prestação de serviços		,532				
Estabilidade de emprego			,661			
Descrição funções dos enfermeiros			,647			
Política de retenção de pessoal			,624			
Política de recrutamento de pessoal			,604			
Políticas que protejam quem comunica eventos adversos				,838		
Procedimentos para comunicação de eventos adversos				,694		
Condições de trabalho favorecem o recrutamento de enfermeiros					,787	
Condições de trabalho facilitam a retenção de enfermeiros					,705	
Política que permite aos enfermeiros gerir os seus horários					,378	
Dotação de enfermeiros adequada						,783
Taxa de rotatividade de enfermeiros adequada						,659

Dimensão Enfermeiro

De acordo com os resultados apresentados no quadro nº 5 a análise factorial de componentes principais para as variáveis da dimensão Enfermeiro pode ser realizada. Os dados obtidos pelo teste de Bartlett (*Bartlett's Test of Sphericity*=1793,491; *df*=171; *Significance* =0,000) e o valor obtido da estatística KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*=0,892) mostram que as variáveis são correlacionáveis.

Quadro nº 5 - Resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett – D. Enfermeiro

Testes de KMO e Bartlett		
Kaiser-Meyer-Olkin		,892
Teste de Bartlett	Approx. Chi-Square	1793,491
	Df	171,000
	Sig.	,000

Relativamente aos resultados das variáveis que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem relacionados com os próprios enfermeiros foram retidos 4 factores que explicam 55,7% da variância total. De igual forma se deu uma designação a cada padrão factorial com base nas suas características, de acordo com a matriz do quadro nº 6:

Factor 1 Gestão e Liderança – Este factor explica 17,668% da variância total. As componentes que mais contribuem para a formação deste factor são: orientações para dar resposta às situações de sobrecarga de trabalho; conhecimento dos objectivos da organização e do plano para os atingir; instalações e equipamentos adequados para uma prática segura; programas de saúde, higiene e segurança no trabalho; participação em actividades de formação e; líderes de enfermagem como promotores de uma cultura de confiança, justiça e respeito mútuos.

Factor 2 Comunicação Organizacional – Explicando 13,168% da variância total, para este factor contribuem as seguintes componentes: processo comunicação; boa comunicação intra e interdisciplinar; sistema de informação/registos de enfermagem; incentivo à boa comunicação.

Factor 3 Ética e Deontologia Profissional – Com 13,091% da variância total, este factor tem a contribuição das seguintes componentes: quadro de referência para o exercício profissional de Enfermagem; metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade; prática segundo o código de ética. Os projectos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem obtiveram um valor de saturação mais baixo (0,480).

Factor 4 Educação e Desenvolvimento Profissional – Este factor explica 11,808% da variância total e as componentes que mais contribuem para a sua formação são: participação em actividades de investigação e de formação; dispensa para formação e; avaliação do desempenho.

Quadro nº 6 – Matriz de 4 componentes principais rodadas pelo método Varimax – D. Enfermeiro

Rotação Componential Varimax				
	Componente			
	1	2	3	4
Orientações para dar resposta às situações de sobrecarga de trabalho	,686			
Conhecimento dos objectivos da organização e plano de como podem ser atingidos	,658			
Instalações e Equipamentos Adequados que incentivem a prática segura	,631			
Programas de Saúde Higiene e Segurança no trabalho	,626			
Participação em actividades de formação	,621			
Líderes de enfermagem promotores de cultura de confiança, justiça e respeito mútuos	,615			
Processo comunicação eficaz que assegura a circulação da informação relevante		,754		
Boa comunicação entre a enfermagem e as outras disciplinas da saúde		,653		
Sistema de registos em enfermagem		,634		
Incentivo à boa comunicação com outros enfermeiros e profissionais de outras disciplinas		,608		
Quadro de Referência para o exercício profissional de Enfermagem			,792	
Metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade			,718	
Código de ética			,642	
Projectos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem			,480	
Participação em actividades de investigação				,687
Participação em actividades de formação				,675
Dispensa para formação				,622
Desempenho promovido e avaliado				,566
Satisfação com a qualidade do exercício profissional				,364

Dimensão Governo

Os resultados do cálculo para a análise factorial de componentes principais pelo teste de Bartlett (*Bartlett's Test of Sphericity*=626,548; *df*=21; *Significance* =0,000) e o valor obtido da estatística KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*=0,834) são apresentados no quadro nº 7.

Quadro nº 7 - Resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett – D. Governo

Testes de KMO e Bartlett		
Kaiser-Meyer-Olkin		,834
Teste de Bartlett	Approx. Chi-Square	626,548
	Df	21,000
	Sig.	,000

Relativamente aos resultados das variáveis que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem relacionados com o governo constata-se, pelo quadro seguinte, que foi retido apenas 1 factor. Este padrão factorial teve como designação:

Factor 1 Políticas do Governo – Esta estrutura unidimensional, que explica 50,4% da variância, apresenta itens com valores de saturação elevados e possui as seguintes características: uma política de boas práticas promovida, reconhecida e divulgada; financiamento para a investigação sobre o ambiente de trabalho; regulamentação para garantir ambientes de trabalho seguros; estratégias nacionais para a Enfermagem; estratégias regionais de saúde que operacionalizem as políticas nacionais; financiamento suficiente para a prestação de cuidados de saúde; apoio à força de trabalho da enfermagem para reforçar o estatuto social.

Quadro nº 8 – Matriz de 1 componente principal – D. Governo

Rotação Componencial Matrix^a	
	Componente
	1
Política de boas práticas promovida, reconhecida e divulgada	,776
Financiamento para a investigação sobre o ambiente de trabalho	,759
Regulamentação para garantir ambientes de trabalho seguros	,753
Estratégias nacionais para a Enfermagem	,732
Estratégias regionais de saúde que operacionalizam as políticas nacionais	,707
Financiamento suficiente para a prestação de cuidados de saúde	,617
Apoio à força de trabalho da enfermagem para reforçar o estatuto social	,606

Dimensão Associação Profissional

Os resultados do teste de Bartlett (*Bartlett's Test of Sphericity*=1637,869; *df*=55; *Significance* =0,000) e o valor obtido da estatística KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*=0,902) permitem um bom índice de adequação da aplicação da matriz de correlação R para o cálculo da análise factorial de componentes principais (quadro nº 9).

Quadro nº 9 - Resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett – D. Associação Profissional

Testes de KMO e Bartlett		
Kaiser-Meyer-Olkin		,902
Teste de Bartlett's	Approx. Chi-Square	1637,869
	df	55,000
	Sig.	,000

No que se refere aos resultados das variáveis que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem relacionados com a Ordem dos Enfermeiros verifica-se, pela matriz abaixo (quadro nº 10), que foram retidos 2 factores que explicam 64,067% da variância total. Com base nas suas características atribuiu-se uma designação a cada padrão factorial, especificamente:

Factor 1 Orientações para a profissão – Este factor explica 40,491% da variância total. As componentes que contribuem para a formação deste factor são as seguintes: comunicação de opiniões ou transmissão de informação de retorno à Ordem; análise regular da prática e das competências dos enfermeiros; oportunidades para formação/desenvolvimento profissional; alianças com organizações de doentes ou com outros grupos profissionais para assegurar um ambiente de trabalho seguro; defesa e promoção de orientações profissionais; promoção da qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros; envolvimento na educação dos cidadãos relativamente à Enfermagem e ao desenvolvimento profissional.

Factor 2 Controlo da profissão – Este factor explica 23,576% da variância total. Este padrão factorial é formado pelas seguintes componentes: existência de um processo de recurso largamente conhecido; análise das tendências relativamente a questões emergentes da força de trabalho para informar os empregadores e o governo e; comunicação e monitorização dos padrões da prática.

Quadro nº 10 – Matriz de 2 componentes principais rodadas pelo método Varimax – D. Associação Profissional

Rotação Componencial Varimax		
	Componente	
	1	2
Comunicação de opiniões ou transmissão de informação de retorno à Ordem	,812	
Análise regular da prática e das competências dos enfermeiros	,763	
Oportunidades para formação/desenvolvimento profissional	,746	
Alianças com organizações de doentes ou com outros grupos profissionais para assegurar um ambiente de trabalho seguro	,736	
Defesa e promoção de orientações profissionais	,729	
Promoção da qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros	,708	
Envolvimento na educação dos cidadãos relativamente à Enfermagem e ao desenvolvimento profissional	,660	
Existência de sanções em caso de violação dos padrões da prática	,488	
Processo de recurso largamente conhecido		,906
Análise das tendências relativamente a questões emergentes da força de trabalho para informar os empregadores e o governo		,762
Comunicação e monitorização dos padrões da prática		,598

Tendo em conta o perfil de padrões factoriais que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem procedeu-se a uma análise dos factores críticos de sucesso percebidos pelos Enfermeiros da organização hospitalar estudada. Assim, pode observar-se no Quadro nº 11, os factores, agrupados por dimensão, que os Enfermeiros percebem como mais e menos favoráveis à sua prática. Realça-se, tendo como referência a tabela nº 4, que a dimensão Enfermeiro foi a que obteve o maior número de factores favoráveis à prática, 82,4% do total de factores considerados nesta dimensão, seguido da dimensão Organização com 52,4% factores favoráveis. Os Enfermeiros foram mais críticos no que refere às dimensões Governo e Ordem, tendo obtido respectivamente apenas 14,3% e 40,0% dos factores favoráveis à sua prática.

Com base nestes resultados infere-se que os factores da responsabilidade dos próprios enfermeiros são aqueles que são mais promovidos no contexto da prática. Pode daqui depreender-se que os Enfermeiros respondem aos compromissos assumidos perante a sociedade, o que está de acordo com o seu código deontológico, que refere que os enfermeiros integram a equipa, em qualquer serviço em que trabalhem, *“colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”* (art. 91º, DL n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Neste sentido, os Enfermeiros têm-se apropriado dos instrumentos reguladores e orientadores da profissão (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Código Deontológico do Enfermeiro, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais), constituindo-se estes como promotores e orientadores do seu desenvolvimento profissional e de práticas de qualidade.

No que se refere aos factores da responsabilidade da Organização destaca-se a presença de mais de metade dos factores favoráveis à prática, no entanto, ao nível das práticas de gestão só dois dos seis factores são percebidos pelos enfermeiros como estando presentes. No pressuposto da responsabilidade das organizações de saúde em *“adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade”* (OE, 2001, p.5), necessita de potenciar esforços no sentido de promover um ambiente favorecedor do desenvolvimento dos profissionais e, por consequência, da qualidade dos cuidados. Constitui-se como uma preocupação subjacente enquanto entidade empregadora, tal como referem Santana e Vaz (2009), particularmente nesta área da saúde, repensar orientações e políticas, num quadro de inclusão de projectos profissionais individuais, num projecto mais vasto que leve à concretização da missão e visão das organizações, incluindo os objectivos de qualidade e desenvolvimento organizacional.

Quadro nº 11 – Padrões factoriais e factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática, segundo a percepção dos Enfermeiros do HNSR

Dimensão	Padrões Factoriais	Factores críticos de sucesso: características-chave	Percepção dos Enfermeiros do HNSR	
			Factores favoráveis	Factores desfavoráveis
Organização	1 Práticas de gestão	Compensação adequada pelo trabalho Autonomia dos enfermeiros Participação na tomada de decisão Reconhecimento profissional Trabalho em equipa multidisciplinar Desenvolvimento profissional	Reconhecimento profissional Trabalho em equipa multidisciplinar	Compensação adequada pelo trabalho Autonomia profissional Participação na tomada de decisão Desenvolvimento profissional
	2 Estruturas de apoio	Manutenção regular do equipamento Disponibilidade de equipamento seguro Sistema de reposição de materiais adequado às necessidades da prestação de cuidados Instalações adequadas à prestação cuidados Procedimentos de controlo de qualidade da prestação de serviços	Manutenção regular do equipamento Disponibilidade de equipamento seguro Sistema de reposição de materiais Procedimentos de controlo de qualidade da prestação de serviços	Instalações adequadas à prestação cuidados
	3 Políticas de recursos humanos	Estabilidade de emprego Descrição de responsabilidades/funções Política de retenção pessoal Política de recrutamento pessoal	Estabilidade de emprego Descrição de responsabilidades/funções	Política de retenção pessoal Política de recrutamento pessoal
	4 Políticas de gestão de erros	Políticas que protejam quem comunica eventos adversos Procedimentos para comunicação de eventos adversos	Procedimentos para comunicação de eventos adversos	Políticas que protejam quem comunica eventos adversos
	5 Condições para captação de recursos humanos	Condições de trabalho que favorecem o recrutamento de enfermeiros Condições que facilitam a retenção de enfermeiros	Condições que facilitam a retenção de enfermeiros	Condições de trabalho que favorecem o recrutamento de enfermeiros
	6 Dotações seguras	Dotação de enfermeiros Taxa de rotatividade de enfermeiros	Taxa de rotatividade de enfermeiros	Dotação de enfermeiros
Sub-total			11; 52,4%	10; 47,6%
Enfermeiro	1 Gestão e Liderança	Orientações para dar resposta às situações de sobrecarga de trabalho Conhecimento dos objectivos da organização e do plano para os atingir Instalações e equipamentos adequados para uma prática segura Programas de saúde, higiene e segurança no trabalho Participação em actividades de formação Promoção de cultura de confiança, justiça e respeito mútuos	Conhecimento dos objectivos da organização e do plano para os atingir Instalações equipamentos adequados para uma prática segura Programas de saúde, higiene e segurança no trabalho Participação em actividades de formação Promoção de cultura de confiança, justiça e respeito mútuos	Orientações para dar resposta às situações de sobrecarga de trabalho
	2 Comunicação organizacional	Processo de comunicação eficaz Boa comunicação intra e interdisciplinar Sistema de informação/registos de enfermagem Incentivo à boa comunicação	Processo de comunicação eficaz Boa comunicação intra e interdisciplinar Sistema de informação/registos de enfermagem Incentivo à boa comunicação	

“Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes”

	3 Ética e deontologia Profissional	Quadro de referência para o exercício profissional Metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade Prática segundo o código de ética	Quadro de referência para o exercício profissional Metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade Prática segundo o código de ética	
	4 Educação e desenvolvimento profissional	Participação em actividades de investigação Participação em actividades de formação Dispensa para formação Avaliação do desempenho	Participação em actividades de formação Avaliação do desempenho	Participação em actividades de investigação Dispensa para formação
Sub-total			14; 82,4%	3; 17,6%
Governo	1 Políticas do governo	Política de promoção e divulgação de boas práticas Financiamento para a investigação sobre o ambiente de trabalho Regulamentação para garantir ambientes de trabalho seguros Estratégias nacionais para a enfermagem Estratégias regionais de saúde que operacionalizem as políticas nacionais Financiamento suficiente para a prestação de cuidados de saúde Apoio à força de trabalho da enfermagem para reforçar o estatuto social	Estratégias regionais de saúde que operacionalizem as políticas nacionais	Política de promoção e divulgação de boas práticas Financiamento para a investigação sobre o ambiente de trabalho Regulamentação para garantir ambientes de trabalho seguros Estratégias nacionais para a enfermagem Financiamento suficiente para a prestação de cuidados de saúde Apoio à força de trabalho da enfermagem para reforçar o estatuto social
	Sub-total		1; 14,3%	6; 85,7%
Associação Profissional	1 Orientações para a profissão	Possibilidade de comunicação de opiniões ou transmissão de informação de retorno à Ordem Análise regular da prática e das competências dos enfermeiros Oportunidades para formação/ desenvolvimento profissional Alianças com organizações de utentes ou com outros grupos profissionais para assegurar um ambiente de trabalho seguro Defesa e promoção de orientações profissionais Promoção da qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros Envolvimento na educação dos cidadãos relativamente à Enfermagem e ao desenvolvimento profissional	Possibilidade de comunicação de opiniões ou transmissão de informação de retorno à Ordem Análise regular da prática e das competências dos enfermeiros Defesa e promoção de orientações profissionais	Oportunidades para formação/ desenvolvimento profissional Alianças com organizações de utentes ou com outros grupos profissionais para assegurar um ambiente de trabalho seguro Promoção da qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros Envolvimento na educação dos cidadãos relativamente à Enfermagem e ao desenvolvimento profissional
	2 Controlo da profissão	Existência de um processo de recurso largamente conhecido Análise das tendências relativamente a questões emergentes da força de trabalho para informar os empregadores e o governo Comunicação e monitorização dos padrões da prática	Comunicação e monitorização dos padrões da prática	Existência de um processo de recurso largamente conhecido Análise das tendências relativamente a questões emergentes da força de trabalho para informar os

“Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes”

				empregadores e o governo
		Sub-total	4; 40,0%	6; 60,0%
		TOTAL	30; 54,5%	25; 45,5%

Os resultados obtidos nas dimensões Governo e Ordem revelam que os Enfermeiros percebem os factores dependentes do ambiente externo, nomeadamente da responsabilidade destas entidades, como mais desfavoráveis à sua prática. Corroborando esta realidade importa fazer referência ao dossier documental elaborado pela Ordem dos Enfermeiros e entregue à Ministra da Saúde²¹, onde estão expressas preocupações que deveriam ser consideradas nas prioridades de acção. Tendo como referência a promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, essas preocupações remetem para algumas questões consideradas fundamentais, nomeadamente:

- A criação dos dispositivos legais e financeiros que permitam a disponibilização de recursos para reforço do SNS;
- A elaboração de um plano estratégico que conduza à progressiva existência de dotações seguras e de mecanismos de mobilidade facilitadores de reforço nas áreas mais carenciadas, constituindo-se como formas efectivas de combate ao desemprego de enfermeiros;
- A implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional dos enfermeiros;
- O acompanhamento na implementação do Registo de Saúde Electrónico e nas condições de acesso à informação;
- A valorização socioeconómica do trabalho prestado por enfermeiros, nomeadamente no que respeita à necessária paridade com carreiras de igual exigência de formação;
- A discussão do Plano Estratégico para o Ensino de Enfermagem. (OE, 2010b)

²¹ Em Novembro de 2009, sendo igualmente dado a conhecer aos grupos parlamentares. Tomada de posição disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/OUTUBRO2009/PosicaoOENovaLegislatura.pdf>

Tabela nº 4 – Distribuição das dimensões e factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática segundo com a percepção dos Enfermeiros do HNSR

Dimensões	Factores favoráveis		Factores desfavoráveis		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Organização	11	52,4	10	47,6	21	100,0
Enfermeiro	14	82,4	3	17,6	17	100,0
Governo	1	14,3	6	85,7	7	100,0
As. Profissional/Ordem	4	40,0	6	60,0	10	100,0
Total	30	54,5	25	45,5	55	100,0

Caracterizados os factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem prossegue-se para a análise de eventuais diferença de percepção entre os Enfermeiros.

4.3. ANÁLISE DAS DIFERENÇAS DE PERCEPÇÃO SOBRE OS FACTORES DETERMINANTES DOS AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Consubstanciando os objectivos do estudo procedeu-se aos testes de hipóteses (Anexo III) para analisar das eventuais diferenças de percepção sobre os factores que caracterizam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem, entre enfermeiros gestores das unidades e prestadores de cuidados e entre os enfermeiros os diferentes contextos de prestação de cuidados.

4.3.1. Diferença de percepção entre os enfermeiros das áreas de actuação da gestão e da prestação de cuidados

Para compararmos as variáveis utilizamos o teste *t student*, comparando as médias. Na apresentação dos resultados dos testes, naqueles em que foram encontradas diferenças significativas ($p \leq 0,05$) aceitamos a hipótese estatística e rejeitámos a hipótese nula. Naqueles em que não foram encontradas diferenças significativas ($p \geq 0,05$) aceitamos a hipótese nula e rejeitámos a hipótese estatística. Segundo, Vilelas (2009), o *p-valor* é a probabilidade que permite ao investigador decidir se rejeita ou aceita a hipótese nula. Assim,

para o mesmo autor, se $p < 0,05$, há uma evidência significativa contra H_0 , e é possível rejeitar a hipótese nula. Essa evidência contra H_0 é muito significativa se $p < 0,01$ e extremamente significativa se $p < 0,001$.

Para determinar a existência de diferenças de percepção entre enfermeiros gestores e prestadores de cuidados, a um nível de significância de 5%, foi definida a seguinte hipótese:

H0 – Não existe diferença de percepção entre os enfermeiros gestores e prestadores de cuidados sobre os determinantes dos ambientes favoráveis à prática.

H1 – Existe diferença de percepção entre os enfermeiros gestores e prestadores de cuidados sobre os determinantes dos ambientes favoráveis à prática.

Tabela nº 5 – Resultado do teste *t student* – Área de actuação

Dimensão	Área de actuação	N	Média	Desvio Padrão	p
Organização	Gestão	15	3,6400	,41789	,000
	Prestação	230	2,9562	,49223	
Enfermeiro	Gestão	16	4,0230	,32782	,000
	Prestação	246	3,3714	,53852	
Governo	Gestão	16	3,0357	,55818	,003
	Prestação	250	2,5286	,62438	
As.Profissional/ Ordem	Gestão	15	3,4485	,71949	,029
	Prestação	243	2,9910	,67379	

Através dos dados representados na tabela nº 5, podemos constatar que existem diferenças de percepção em todas as dimensões entre os enfermeiros gestores e prestadores de cuidados. A dimensão “Organização” e a dimensão “Enfermeiro” apresentam um valor p estatisticamente significativo ($p=0.000$), a dimensão “Governo” e “Ordem dos Enfermeiros” apresentam, também, um valor p estatisticamente significativo, respectivamente ($p=.003$; $p=0.029$). Neste sentido, rejeitamos a hipótese nula e aceitamos a hipótese estatística, ou seja, existe diferença de percepção entre os enfermeiros gestores e prestadores de cuidados sobre os determinantes dos ambientes favoráveis à prática. Salientamos que são sempre os enfermeiros gestores que possuem uma percepção mais favorável sobre o ambiente da prática de cuidados da organização hospitalar em estudo (apresentam média mais elevada: Organização=3,64; Enfermeiro=4,02; Governo=3,03;

Ordem=3,44). Pelo contrário, os enfermeiros prestadores de cuidados têm opiniões tendencialmente mais negativas, constatando-se que o valor encontrado situa-se abaixo da média. São mais críticos nos factores que dependem do Governo (2,52), seguido dos da responsabilidade da própria Organização (2,95) onde exercem funções e, por último, dos da responsabilidade da Ordem (2,99). Apenas os factores decorrentes da responsabilidade dos próprios Enfermeiros (3,37) estão acima da média.

Marques (2009), concluiu, a partir dos resultados do seu estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros de uma unidade hospitalar do Minho, que abrangeu 130 destes profissionais, que os mais satisfeitos com as condições de trabalho e realização profissional apresentam um faixa etária mais elevada, pertencem à função pública e praticam horário fixo. Estes resultados poderão, de alguma forma, explicar o facto dos enfermeiros gestores do HNSR possuírem uma percepção mais favorável do ambiente da prática dado que apresentam idênticas características: faixa etária mais elevada; detêm contrato em funções públicas; praticam horário fixo. Por outro lado, também o facto de serem responsáveis pela implementação de algumas das componentes considerados na dimensão Organização e Enfermeiro poderá determinar diferenças de percepção.

4.3.2. Diferença de percepção entre os enfermeiros dos contextos de prestação de cuidados de internamento, urgência e ambulatório

Para verificar as diferenças de médias de variáveis com três ou mais grupos, como é o caso do contexto de prestação de cuidados, recorreu-se ao cálculo da análise de variância, ANOVA com um factor. O objectivo da análise da variância é o de comparar médias de diferentes amostras e concluir acerca da igualdade das médias teóricas das distribuições adjacentes.

A decisão de rejeitar ou aceitar a hipótese nula é tomada com base na comparação entre os valores estimados da variabilidade entre grupos e dentro dos grupos. Naqueles em que foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$) aceitamos a hipótese estatística e rejeitamos a hipótese nula.

Para determinar a existência de diferenças de percepção entre enfermeiros que exercem funções no internamento, na urgência e no ambulatório, a um nível de significância de 5%, foi definida a seguinte hipótese:

H0 – Não existe diferença de percepção entre os enfermeiros em função do contexto de prestação de cuidados (Internamento, Urgência e Ambulatório) sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática.

H1 – Existe diferença de percepção entre os enfermeiros em função do contexto de prestação de cuidados (Internamento, Urgência e Ambulatório) sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática.

Tabela nº 6 – Resultado ao cálculo da análise de variância ANOVA – Contexto de prestação de cuidados

Dimensão	Variabilidade	Soma dos quadrados	Média dos quadrados	F	p
Organização	Entre grupos	,730	,365	1,385	,252
	Dentro dos grupos	64,056	,264		
	Total	64,786			
Enfermeiro	Entre grupos	1,216	,608	2,003	,137
	Dentro dos grupos	78,950	,304		
	Total	80,166			
Governo	Entre grupos	,889	,445	1,120	,328
	Dentro dos grupos	104,812	,397		
	Total	105,701			
As.Profissional/ Ordem	Entre grupos	2,015	1,008	2,173	,116
	Dentro dos grupos	118,692	,464		
	Total	120,707			

Constatada a homogeneidade nas variâncias, através dos resultados do teste de homogeneidade da variância de Levene, em Anexo III, efectuou-se o cálculo da análise de variância ANOVA. Pode observar-se, pelos dados da tabela nº 6, que a variabilidade entre os grupos de enfermeiros dos contextos de internamento, urgência e ambulatório é pequena face à variabilidade dentro dos grupos. Uma vez que o *p-value* é superior a 0,05, rejeitamos a hipótese estatística e aceitamos a hipótese nula, ou seja, não existem diferenças significativas de percepção entre os enfermeiros dos vários contextos de prestação de cuidados sobre os factores determinantes dos ambientes em todas as dimensões em análise.

4.3.3. Diferença de percepção entre os enfermeiros nas restantes variáveis sócio demográficas

No sentido de verificar se existem diferenças de percepção dos enfermeiros tendo em conta as restantes variáveis sócio demográficas recorreu-se à comparação das médias

utilizando o teste *t student* e cálculo da análise de variância ANOVA para as diferenças de médias de variáveis com três ou mais grupos. Foi definida a seguinte hipótese:

H0 – Não existe diferença de percepção entre os enfermeiros sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática em função idade, género, grau académico, título profissional, relação jurídica de emprego e tempo de exercício profissional.

H1 – Existe diferença de percepção entre os enfermeiros sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática em função idade, género, grau académico, título profissional, relação jurídica de emprego e tempo de exercício profissional.

Efectuados os testes (Anexo III) para comparação das médias das variáveis em análise apurou-se que existem diferenças significativas ($p < 0,05$) nas variáveis título profissional e género.

Da análise da tabela nº 7 conclui-se que existem diferenças significativas, a um nível de significância de 5%, entre enfermeiros que detêm o título profissional de enfermeiro e os que detêm o título de enfermeiro especialista nas dimensões Organização e Enfermeiro. Os enfermeiros que desenvolveram um percurso profissional e estão habilitados com um curso de especialização numa área clínica que lhes permitiu o reconhecimento, pela Ordem dos Enfermeiros, das competências acrescidas adquiridas têm uma percepção mais favorável do ambiente da prática de cuidados, do que os enfermeiros que não desenvolveram este percurso profissional. Esta constatação observa-se tanto na dimensão Organização ($p=0.004$) onde os enfermeiros especialistas apresentam uma média de 3,22, como na dimensão Enfermeiro ($p=0.032$) que apresenta uma média de 3,59. Realça-se que os enfermeiros que não fizeram uma especialização revelam maior discordância (média de 2,94) quanto à presença de factores favoráveis à prática de cuidados da responsabilidade da Organização. Este resultado é corroborado por Ribeiro, Gomes e Simões (2009), tendo concluído do seu estudo sobre o stress, *burnout* e satisfação/realização profissional, onde participaram 73 enfermeiros que exercem funções em contexto hospitalar, que os enfermeiros especialistas apresentam maiores níveis de satisfação e realização profissional.

Nas dimensões Governo e Ordem os valores $p > 0,05$ indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela nº 7 – Resultado do teste *t student* – Título profissional

Dimensão	Título Profissional	N	Média	Desvio Padrão	p
Organização	Enfermeiro	202	2,9491	,49893	,004
	Enfermeiro Especialista	40	3,2290	,53910	
Enfermeiro	Enfermeiro	215	3,3767	,53105	,032
	Enfermeiro Especialista	43	3,5998	,62117	
Governo	Enfermeiro	217	2,5490	,59940	,646
	Enfermeiro Especialista	45	2,5968	,78618	
As. Profissional/ Ordem	Enfermeiro	210	3,0208	,64144	,855
	Enfermeiro Especialista	44	3,0000	,86622	

Da comparação das médias da variável género verifica-se, pela observação dos resultados obtidos do teste *t student* na tabela nº 8, que existem diferenças significativas na percepção de factores favoráveis à prática de cuidados, a um nível de significância de 5%, entre os enfermeiros do sexo feminino e masculino relativamente às dimensões Organização ($p=0,005$), Governo ($p=0,028$), e Associação Profissional ($p=0,004$), sendo estes últimos mais críticos, de acordo com as médias mais baixas obtidas.

Tabela nº 8 – Resultado do teste *t student* – Género

Dimensão	Género	N	Média	Desvio Padrão	p
Organização	Feminino	210	3,0406	,51755	,005
	Masculino	33	2,7721	,39881	
Enfermeiro	Feminino	225	3,4356	,56205	,224
	Masculino	35	3,3143	,43654	
Governo	Feminino	228	2,5952	,63547	,028
	Masculino	36	2,3730	,53373	
As. Profissional/ Ordem	Feminino	221	3,0728	,67474	,004
	Masculino	35	2,7273	,61421	

Conclui-se, desta forma, que a hipótese estatística é parcialmente aceite dado que apenas se encontraram diferenças significativas nas variáveis título profissional e género.

5. CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Tendo como pressuposto que a qualidade do ambiente de trabalho das organizações de saúde tem implicações na qualidade dos cuidados prestados (ICN, 2007), direccionou-se a pesquisa para os ambientes da prática dos enfermeiros em contexto hospitalar, visando o delineamento de estratégias de promoção da qualidade desse ambiente. Neste sentido, partiu-se das percepções de enfermeiros com o objectivo de descrever factores estratégicos que determinam a existência de um modelo de desenvolvimento organizacional baseado em ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

Os 271 enfermeiros do HNSR, inquiridos através de inquérito por questionário, têm como características: possuem na sua maioria (64,9%) menos de 40 anos de idade; 86,6% são mulheres; 83,3% detém o grau de licenciado; 83,1% detém o título profissional de enfermeiro atribuído pela Ordem dos Enfermeiros e apenas 16,9% o título de enfermeiro especialista; 62,9% está em situação de contrato de trabalho em funções públicas; 64,8% tem menos de 15 anos de exercício profissional; 94% são prestadores de cuidados e 5,9% desempenham funções de gestão em unidades de cuidados; 69,4% exerce funções nos serviços de internamento, 18,1% em serviços de urgência e 12,5% em serviços de ambulatório.

O estudo da fiabilidade do instrumento utilizado, com recurso a avaliação da consistência interna através do coeficiente *alpha de Cronbach*, revelou uma adequada fiabilidade e consistência interna da escala utilizada para a avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros na organização hospitalar apresentando, este coeficiente, valores superiores a 0.80 em todos itens das dimensões estudadas.

Dos resultados obtidos podem deduzir-se as seguintes conclusões:

- a. Dos resultados da percepção dos enfermeiros envolvidos no estudo sobre os determinantes dos ambientes favoráveis à prática no contexto hospitalar onde exercem funções destacam-se as componentes cujas médias se distanciaram positiva e

negativamente do valor médio, isto é, as que são percebidas como mais e menos favoráveis na organização.

- i. Valorizados como mais favoráveis, podendo constituir-se como pontos fortes, isto é, a preservar na definição das políticas e práticas gestionárias:
 - Componentes da responsabilidade da Organização Hospitalar: a definição de responsabilidades/funções dos enfermeiros; a implementação de políticas para promover um ambiente de trabalho seguro; os procedimentos para comunicação de eventos adversos; o reconhecimento pelos enfermeiros enquanto profissionais; a adequação da taxa de rotatividade dos enfermeiros no serviço; a disponibilidade de equipamento seguro e a manutenção regular do mesmo; os procedimentos de controlo de qualidade da prestação de serviços de alimentação, limpeza e segurança; a estabilidade de emprego; o trabalho em equipa multidisciplinar; o sistema de gestão de materiais;
 - Componentes da responsabilidade dos Enfermeiros: a prática sob o código de ética; a existência de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem; as metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade implementadas; a existência de projectos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; o incentivo à promoção de uma boa comunicação com outros enfermeiros e entre profissionais de outras disciplinas; a participação em actividades de formação; o conhecimento, veiculado através dos líderes de enfermagem, dos objectivos da organização bem como o plano de como estes podem ser atingidos; o processo de comunicação implementado entre os enfermeiros que assegura a circulação da informação relevante de forma atempada; o sistema de registos em enfermagem que garante a visibilidade da actividade de enfermagem; a boa comunicação entre a enfermagem e as outras disciplinas da saúde; os líderes de enfermagem como promotores de uma cultura de confiança, justiça e respeito mútuos; a existência de instalações e equipamentos adequados a uma prática segura;
 - Componentes da responsabilidade do Governo: a existência de estratégias regionais de saúde que operacionalizam as políticas nacionais, apesar da média baixa obtida;
 - Componentes da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros: a existência de sanções em caso de violações dos padrões da prática; a existência de uma forma de os enfermeiros comunicarem as suas opiniões ou transmitirem informação de retorno à Ordem e; a defesa e promoção de orientações profissionais para os enfermeiros.

- ii. Valorizadas como menos favoráveis, podendo constituir-se como pontos fracos, isto é, a melhorar nas políticas e práticas gestionárias:
- Componentes da responsabilidade da Organização Hospitalar: os enfermeiros não recebem uma compensação adequada pelo seu trabalho; não existe uma política implementada que permite aos enfermeiros gerir os seus próprios horários; a dotação de enfermeiros é inadequada; não participam na tomada de decisão da organização; não existem políticas contra a violência no local de trabalho;
 - Componentes da responsabilidade dos Enfermeiros: não estão implementadas orientações que lhes permitam dar resposta às situações de sobrecarga de trabalho;
 - Componentes da responsabilidade do Governo: a falta de apoio à força de trabalho da enfermagem para reforçar o respectivo estatuto social; a falta de financiamento/apoio suficiente para a prestação de cuidados de saúde e para a investigação sobre o ambiente de trabalho;
 - Componentes da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros: a inexistência de um processo de recurso largamente conhecido; o não envolvimento da Ordem na educação dos cidadãos relativamente à enfermagem e ao desenvolvimento profissional.
- b. Os factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem foram obtidos através da agregação do conjunto variáveis utilizando a técnica de análise factorial de componentes principais. Identificou-se uma estrutura de padrões factoriais que caracterizam o perfil de factores críticos de sucesso para ambientes favoráveis à prática dos enfermeiros tendo em conta as várias entidades responsáveis por proporcionar as condições que obviem o exercício profissional de qualidade. Assim, foram obtidos os seguintes padrões factoriais:
- Dimensão Organização: 6 padrões [Práticas de gestão; Estruturas de apoio; Políticas de recursos humanos; Políticas de gestão de erros; Condições para captação de recursos humanos; Dotações seguras];
 - Dimensão Enfermeiro: 4 padrões [Gestão e liderança; Comunicação organizacional; Ética e deontologia profissional; Educação e desenvolvimento profissional];
 - Dimensão Governo: 1 padrão [Políticas do governo];
 - Dimensão Ordem: 2 padrões [Orientações para a profissão; Controlo da profissão].
- c. Dos resultados da análise das diferenças de percepção entre os enfermeiros da organização hospitalar em estudo sobre os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem (testes de hipóteses) conclui-se,

comparando as médias das variáveis utilizando o teste *t student*, que existe diferença de percepção entre os enfermeiros gestores e prestadores de cuidados sobre os determinantes dos ambientes favoráveis à prática, possuindo os enfermeiros da área da gestão uma percepção mais favorável sobre o ambiente da prática do que os enfermeiros da área da prestação de cuidados. Após comparação das médias dos diferentes grupos de enfermeiros tendo em conta o contexto de prestação de cuidados, com recurso à análise estatística utilizando a ANOVA, conclui-se que não existem diferenças de percepção entre os enfermeiros que exercem funções no internamento, na urgência e no ambulatório, o que denota que os contextos de prestação de cuidados não influenciam a percepção que os enfermeiros detêm sobre os factores que determinam um ambiente favorável à prática de cuidados. Concluiu-se, desta forma, que estes factores são comuns aos vários contextos de acção dos enfermeiros.

- d. Dos resultados da análise das diferenças de percepção entre os enfermeiros tendo em conta as restantes variáveis sócio demográficas, efectuada a comparação das médias das variáveis idade, género, grau académico, título profissional, relação jurídica de emprego e tempo de exercício profissional, concluiu-se que existem diferenças significativas ($p < 0,05$) nas variáveis título profissional e género. Os enfermeiros com um percurso de desenvolvimento profissional a quem a Ordem lhes reconheceu competências acrescidas numa área clínica e lhes atribuiu o título de enfermeiro especialista têm uma percepção mais favorável do ambiente da prática de cuidados nos factores das dimensões Organização e Enfermeiro. Também os enfermeiros do sexo feminino têm uma percepção mais favorável do ambiente da prática do que os do sexo masculino, constatando-se esta diferença significativa nos factores das dimensões Organização, Governo e Associação Profissional.
- e. Da hipótese teórica formulada, a partir dos resultados obtidos neste estudo e particularmente com a caracterização do perfil de padrões factoriais e factores críticos de sucesso que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem, pode concluir-se que existem condições para a criação de um modelo de desenvolvimento organizacional que vise promover ambientes mais favoráveis à prática na organização hospitalar.

No desenvolvimento deste estudo constituiu-se, não só, como um desafio, mas também, como uma limitação a carência de estudos, no nosso país, sobre os ambientes favoráveis à prática dos profissionais de saúde em geral e de enfermagem em particular que envolvam as várias entidades responsáveis pela qualidade do exercício dos profissionais e

pela qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos. Outros estudos sobre esta problemática poderiam ter contribuído, certamente, para uma análise comparativa dos resultados e para novos questionamentos.

Este estudo reveste-se de grande utilidade dado ter possibilitado definir um perfil de factores críticos que determinam os ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem numa organização hospitalar. Por outro lado, existe a convicção de que o instrumento, que demonstrou uma adequada fiabilidade e consistência interna, poderá constituir-se como um instrumento útil para outros enfermeiros gestores, permitindo-lhes avaliar os contextos de acção dos enfermeiros, analisar os pontos fortes e fracos obtidos e impulsionar uma tendência sustentada de melhoria desses ambientes. Será, assim, possível comparar os dados obtidos em vários contextos e construir alianças para potenciar as mudanças necessárias e a construção de um caminho que conduza à progressiva integração desses factores, assumindo as várias entidades responsáveis o seu insubstituível papel.

As conclusões deste estudo poderão contribuir para estimular outros enfermeiros líderes e gestores a avaliar os seus contextos de trabalho e a reflectir sobre a qualidade do ambiente de prática dos enfermeiros e demais profissionais de saúde, reiterando que todas as partes interessadas têm os seus papéis respectivos e específicos, bem como responsabilidades, na acção para criarem locais de trabalho com qualidade para prestar cuidados de qualidade, sejam elas dos empregadores ou dos funcionários, públicas ou privadas, governamentais ou não-governamentais.

Neste sentido, será de extrema conveniência que os órgãos de gestão da organização hospitalar e, especialmente, os Enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços e unidades, em face dos resultados, considerem esta oportunidade para introduzir melhorias, na senda do modelo das organizações de saúde-íman. Sugere-se que sejam prioritariamente considerados os factores que obtiveram valores mais baixos, que foram percebidos pelos enfermeiros como mais desfavoráveis à sua prática e que sejam, ainda, tomadas em conta as seguintes recomendações:

- Definir uma estratégia para impulsionar uma tendência sustentada de melhoria da qualidade do ambiente da prática dos enfermeiros e dos profissionais de saúde em geral;
- Construir um catálogo de boas práticas sobre ambientes favoráveis à prática;
- Definir prioridades e metas para implementação dos factores críticos de sucesso, determinantes dos ambientes favoráveis à prática;

- Prever uma metodologia para a monitorização das melhorias a introduzir e avaliação do impacto positivo destas nos resultados ao nível dos profissionais, dos utentes e do desempenho da organização;
- Celebrar o sucesso da implementação das estratégias divulgando os resultados efectivos obtidos.

Importa referir que seria, sem dúvida, de grande interesse o prosseguimento deste estudo abrangendo enfermeiros de outras organizações de saúde, de forma a integrar várias perspectivas e sensibilidades sobre os ambientes da prática profissional. Será uma estratégia a ser considerada num futuro estudo.

Finalmente, considerando as funções e responsabilidades assumidas de gestão e liderança na organização hospitalar abrangida no estudo, os resultados obtidos assumem particular relevância para a concepção do plano de intervenção sócio-organizacional que a seguir se apresenta.

Plano de Intervenção sócio-organizacional

Com base nos resultados obtidos considerou-se a necessidade de elaborar uma proposta de intervenção visando promover ambientes mais favoráveis à prática dos enfermeiros. Encarando as várias entidades, para além hospital envolvido no estudo, como partes interessadas na qualidade do ambiente da prática nas Organizações de Saúde e, fundamentalmente, porque foram objecto de reflexão e análise por parte dos enfermeiros, é de extrema conveniência prevê-las no contexto deste plano. Neste sentido, constitui-se como uma oportunidade envolver a Ordem dos Enfermeiros e o Governo.

I. Metodologia de Trabalho

Para incrementar a qualidade dos contextos de prestação de cuidados do HNSR considera-se essencial delinear uma estratégia de intervenção: que comprometa os órgãos de gestão aos vários níveis e, especialmente, os Enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços/unidades de cuidados; que considere o envolvimento e a adesão dos profissionais que se revelem cruciais para o êxito do processo de intervenção a desenvolver e; que estimule sinergias entre os vários intervenientes.

Neste sentido, a metodologia de trabalho que se propõe prevê acções de divulgação, sessões em trabalho de grupos em formato de workshop e sessões de formação.

A. Divulgação e promoção do envolvimento organizacional

Para o desenvolvimento do plano de intervenção Socio-Organizacional preconizado, será efectuado o pedido formal ao Conselho de Administração do HNSR. Obtida a anuência dar-se-á, de imediato, início à fase de divulgação e preparação das acções seguintes.

Objectivos da divulgação e promoção do envolvimento organizacional:

- i. Dar a conhecer os resultados do estudo aos órgãos de gestão do HNSR e Enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços, à Bastonária da Ordem dos Enfermeiros e ao *Chief Nursing Officer*;
- ii. Promover junto dos órgãos de gestão do HNSR e dos Enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços a aceitação do plano de intervenção;
- iii. Promover o envolvimento e participação dos enfermeiros e outros profissionais que se revelem cruciais para o desenvolvimento do plano.

Actividades a desenvolver:

- Reunião com o Conselho de Administração do HNSR e com os Enfermeiros gestores do HNSR para divulgação dos resultados do estudo, explicação da natureza da intervenção e suas finalidades e metodologia preconizada;
- Reunião com os Enfermeiros gestores do HNSR para divulgação dos resultados do estudo, do plano de intervenção, da metodologia preconizada e obtenção de apoio e comprometimento com o desenvolvimento do plano;
- Reunião com a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros para entrega, explicitação dos resultados do estudo e obtenção de comentários;
- Reunião com o *Chief Nursing Officer* para entrega e explicitação dos resultados do estudo.

B. Sessões de trabalho em grupos

As sessões de trabalho em grupos visam um processo que se deseja de participação activa dos enfermeiros gestores porque se entende que estes são, simultaneamente, catalisadores do processo e agentes influenciadores nas tomadas de decisão. Pretende-se, nestas sessões, aprofundar a reflexão e debate para que se mobilizem em torno de uma visão estratégica para um ambiente mais favorável à prática dos enfermeiros no HNSR.

Objectivos das sessões de trabalho em grupos:

- i. Obter uma visão para o HNSR enquanto organização com um Ambiente Favorável à Prática de cuidados de enfermagem;
- ii. Incentivar a discussão em torno dos factores percepcionados pelos enfermeiros como mais desfavoráveis à sua prática e obtenção de consensos quanto às prioridades a desenvolver;
- iii. Definir um conjunto de instrumentos: políticas, procedimentos e orientações relacionados com os factores seleccionados como prioritários a desenvolver;
- iv. Definir metas para implementação dos factores críticos de sucesso, determinantes dos ambientes favoráveis à prática;
- v. Elaborar um catálogo de boas práticas sobre ambientes favoráveis à prática.

Actividades a desenvolver:

- Realização de um Workshop, com os Enfermeiros gestores do HNSR, para a definição da visão, discussão de factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática, dos resultados das percepções dos enfermeiros e definição de prioridades a desenvolver;
- Constituição de pequenos grupos para a elaboração de políticas, procedimentos e orientações de acordo com as prioridades definidas e para a elaboração do catálogo de boas práticas sobre ambientes favoráveis à prática;
- Reunião alargada de Enfermeiros gestores para discussão e aferição dos trabalhos efectuados pelos pequenos grupos;
- Pedido de aprovação ao Conselho de Administração das políticas, procedimentos e orientações definidas, após terem sido consensualizadas em reunião da Comissão de Enfermagem.

C. Formação

Com as sessões de formação pretende-se sensibilizar e capacitar os enfermeiros gestores e seus colaboradores para promoverem um ambiente mais favorável à prática dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Objectivos da Formação:

- i. Proporcionar aos Enfermeiros gestores o aprofundamento do conhecimento e dos conceitos associados aos factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática;
- ii. Desenvolver capacidades e competências para a aplicação das políticas, procedimentos e orientações que visem a melhoria da qualidade dos ambientes de trabalho.

Actividades a desenvolver:

- Realização de duas acções de formação para Enfermeiros gestores do HNSR e enfermeiros que com estes colaboram na área de gestão, máximo de 15 participantes por acção, sobre o tema “Ambientes Favoráveis à Prática: um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem”.

II. Indicadores e avaliação

Consideram-se os seguintes indicadores:

- i. Taxa de execução das actividades constantes no plano de intervenção;
- ii. Percentagem de factores favoráveis à prática obtida nas dimensões Organização e Enfermeiro, 12 meses após a realização da formação.

Para a avaliação dos resultados da intervenção sócio-organizacional prevê-se repetir a aplicação do instrumento de avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros, no que respeita aos factores relacionados com a dimensão Organização e Enfermeiro. Os resultados obtidos permitirão monitorizar o segundo indicador definido.

Para finalizar importa referir que confiamos que esta proposta de intervenção sócio-organizacional seja promotora das mudanças, no ambiente da prática de cuidados, que correspondam às legítimas expectativas dos enfermeiros do HNSR e contribuam para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nesta organização hospitalar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP (2008). *Sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem: SCD/E, Relatório de 2007*. Lisboa: ACSS.

AGUDELO, S. F. (1990). La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS*. 11, p.01-07.

ALEXIM, J.C. (2006). *Relaciones de Trabajo, empleo y formacion profesional*. Montvideo: Cinterfor/OIT.

AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER (2009). *A New Model for ANCC's Magnet Recognition Program*®, disponível em <http://www.nursecredentialing.org/model/index.htm>

ANTUNES, A.R; BISCAIA, A.; CONCEIÇÃO, C.; FRONTEIRA, I.; CRAVEIRA, I.; FLORES, I. SANTOS, O.; FERRINHO, P. (2002). *Violência Contra os Profissionais de Saúde no local de Trabalho: Estudos de Caso Portugueses*. Relatório Final. Lisboa: AGO.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2009). Perfil de Saúde na Região de Lisboa e Vale do Tejo: PNS em Foco. *Boletim Informativo*, 1 (5).

BATISTA, Vera L. D.; SANTOS, Ricardo M. F.; SANTOS, Paulo M.F. (2009). Satisfação profissional dos enfermeiros. In: *Referência, Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde*, II série, 10, Jul. Suplemento, p.313.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. E; FERRAZ, M. B. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health. Revista em Março. Disponível em <http://www.dash.iwh.on.ca>

BENATTI, M.C.C, NISHIDE V.M. (2000). Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Out.; 8 (5): p.13-20.

BENNER, Patrícia (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

BRANT, Luiz Carlos; MELO, Marilene Barros (2001). Promoção da Saúde e Trabalho: um desafio teórico e metodológico para a saúde do trabalhador. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. 25 (57), p.55-62.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos (2009). Manifestação do sofrimento e resistência ao adoecimento na gestão do trabalho. *Saúde sociedade*, 18 (2), p.237-247. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902009010200001&script=sci_arttext_pr

BREATHE HEALTH; Escola Nacional de Saúde Pública (2009). *1º estudo nacional Comunicação Hospitalar em Portugal*. Lisboa: Grupo Inforpress e Universidade Nova de Lisboa.

BROSCIO, Mike; SCHERER, Jay (2003). Building Job Security: strategies for becoming a highly valued contributor. *Journal of Healthcare Management*, 48 (3), p.147-151.

CÂMARA, Pedro B., (2000). *Os sistemas de recompensas e a gestão estratégica de recursos humanos*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Lisboa: SEP.

CARVALHO, Amílcar (2006). *Boletim informativo da Direcção dos Serviços de Enfermagem dos HUC*. Coimbra: HUC.

CHIAVENATO, I. (1995). *Recursos Humanos*. S. Paulo: Editora Atlas.

DELGADO, Manuel (2009). A melhoria contínua da Qualidade. In: Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui. *A governação dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, p.45-55.

DENISOV, V. (1986). *Violencia Social: Ideologia y Política*. Moscú: Progreso.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2006). Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais. *Circular Informativa* n.º 15/DSPCS de 07/04/06.

DUDDLE, M.; BOUGHTON, M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (1), p. 29-37.

FERNANDES, Manuel Agostinho Matos (2008). *Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes: contributo para a gestão da qualidade na saúde*. Lisboa: Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Aberta na Área da Gestão, Especialidade Gestão da Qualidade.

FERREIRA, Maria Augusta G. A. (2003). O olhar dos enfermeiros sobre a profissão: um estudo de representações sociais. *Revista Investigação em Enfermagem*, (8), p.17-26.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas.

FRAGATA, José (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina.

FRAGATA, José (2009). Gestão do risco. In: Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui. *Governação dos hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, p.75-105.

FRANCO, Mery Gallego (2007). *Gestión Humana Basada en Competencias (I): Teoría de Competencias*. Disponível em <http://www.arearh.com/rhh/Teoriadecompetencias.htm>

FRANCO, Mery Gallego (2001). *Gestión Humana Basada en Competencias (II): Procesos de Gestión Humana Basados en Competencias*. Gerard Erion e Barry Smith, in *Matrix, bem-vindo ao deserto do real*, Ed. Madras. S. Paulo.

GONÇALVES, A.A. (1998). Satisfação dos enfermeiros Especialistas. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, E.S.E. Ângelo da Fonseca, 1 (9), p.41-47.

GRAÇA, Luís (1998). A Satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. In: *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa. Direcção de Saúde, Sub-Direcção para a qualidade, p.1-19.

GRAÇA, Luís (2006). Políticas integradas de protecção e promoção da saúde e segurança no trabalho nas empresas portuguesas. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. 6, p.75-94.

GUERRA, João(2009). Os Hospitais no Modelo de resposta aos doentes crónicos. In: Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui. *Governança dos hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, p.235-265.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE (2010). *Glossário da Qualidade*. Disponível em <http://www.ipq.pt/customPage.aspx?modid=1076&pagID=1318>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra: ICN.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições de Trabalho = Cuidados de Qualidade* (tradução). Genebra: ICN.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2007b). *Programa de Liderança para a Mudança do ICN: Manual do Participante*. Genebra: ICN.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; International Pharmaceutical Federation, World Dental Federation, World Medical Association, International Hospital Federation, World Confederation for Physical Therapy (2008). *Positive practice environments for health care professionals*. Disponível em http://www.ichm.com/news/campaigns/PPEGeneric_FINAL.pdf

INTERNATIONAL CENTRE FOR HUMAN RESOURCES IN NURSING (2009). *Positive practice environments for health care professionals*. Disponível em http://www.ichrn.com/news/campaigns/PPEPoster_FINAL.pdf

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2007). *Padrões de Acreditação da Joint Comission International para hospitais : Português Europeu, 3ª ed..* EUA: JCI.

KRAMER M.; SCHMALENBERG C. (1988). Magnet hospitals: Part 1 institutions of excellence. *Journal of nursing Administration* 18 (1), p.13-24.

KRAMER, Marlene; SCHMALENBERG, Claudia (2004). Essentials of a magnetic Work Environment: Part 1. Nursing, (5) disponível em : http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3689/is_200406/ai_n9425001/pg_1?tag=artBody:col_1

LACOMBE, F.J.M.; HEILBORN, G.L.J. (2003). *Administração: princípios e tendências*, 1.ed.. São Paulo: Saraiva.

- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (1994). *Nursing Research: Methods, critical appraisal, and utilization*. 3ª ed. St. Louis: Mosby.
- LOPES, Albino; CAPRICHIO, Lina (2007). *Manual de gestão da Qualidade*. Lisboa: Editora RH.
- LU, H.; WHILE, A.; BARRIBALL, K. L. (2007). A model of job satisfaction of nurses' Working lives in Mainland China. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (5), p. 468-479.
- LUCK, L.; JACKSON, D.; USHER, K. (2007). STAMP: components of observable behaviour that indicate potencial for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (1), p. 11-19.
- MARQUES Maria Albertina A. (2009). Satisfação profissional dos enfermeiros de uma unidade hospitalar do Minho. In: *Referência, Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde*, II série, 10, Jul. Suplemento, p.449.
- MÉLANIE Lavoie-Tremblay, R. B. (2005). Improving the psychosocial environment. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (6), p. 655-664.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direcção Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). *SNS 30 anos: Indicadores*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- OLIVEIRA, Adelaide (2005). Da identificação do pessoal ao ursinho de pelúcia. Instalações e Equipamentos, In *Revista Qualidade em Saúde*. Especial MoniQuOr.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS; Universidade Católica Portuguesa; Faculdade de Ciências Humanas (2004). *As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2007). *Proposta de modelo de desenvolvimento profissional: especialização em enfermagem*. Lisboa: Assembleia Geral.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007b). Especial dia internacional do enfermeiro. Lisboa: *Ordem dos enfermeiros*, 26 (7), p.4-16.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2007c). *Padrões de Qualidade: Relatório de Avaliação Global do Projecto, Junho de 2007*. Disponível em www.ordenenfermeiro.pt/images/contents/documents/92_PQualidade_site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2007d). *Resumo Mínimo de dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/97_OrdemEnfermeiros-RMDE&Indicadores-VFOut2007.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2009). Declaração do EFNMA acerca da Intendência^{NT} dos Sistemas de saúde – 12ª Conferência Anual: Tashkent, Uzbequistão, 4-5 de Julho de 2008. In: *revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 32, Abril, p.47-49.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Estatísticas - Número de membros da Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=332>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b). Políticas de saúde: Presente e futuro. In: *Ordem dos enfermeiros*, 33, Janeiro, p.11-14.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985). *As metas de saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento.

PASCHOAL, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado em Medicina na Universidade de São Paulo.

PEREIRA, Carla Gonçalves (2005). *Acreditação dos serviços de saúde*. Apresentado na 13ª Conferência SINASE, Saúde e Administração Pública: na senda da sustentabilidade. Lisboa, 18 de Abril.

PEREIRA, M.C.; BEM-HAJA, I.M.S.; FERREIRA, M. M.F.; RODRIGUES, P.M.S. (2008). Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. *Referência*, IIª série (8), p.51-58.

PEREIRA, A. (2006). *SPSS Guia Prático de Utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*, 6ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

PERETTI, J.M. (1998). Recursos Humanos. *Revista Referência*, 1ª série, Lisboa.

PINTO, A.; SANTOS, A.; SARAIVA D. (2009). Burnout em enfermeiros: Estudo de investigação em meio hospitalar. *Nursing* (5), p.32-38.

POLIT, Denise. F.; HUNGLER, Bernardette, P. (1995). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*, 3ª Edição. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º437/91, de 8 de Novembro. Lisboa. Diário da República, 1ª série A 257, p.5723-5741.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série A, 205, p.2959-2962.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série A, 93, 1739-1755.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro. Fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino da enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Diário da República, 1ª série A, 206, p.6198-6201.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º212/2006, de 27 de Outubro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Despacho nº 19 816/2007, de 31 de Agosto. Designa o Chief Nursing Officer.

PORTUGAL. Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro. Estabelece os regimes de vinculação de carreiras e remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas. Diário da República, 1ª série, 41, p.1326 (2)-1326 (27).

PORTUGAL. Assembleia da República, Lei nº 59/2008, de 11 de Setembro. Aprova o regime de contrato de trabalho em funções públicas. Diário da República 1ª série, 176, p.6524-6630.

PORTUGAL. Portaria nº83-A/2009, de 22 de Janeiro. Regulamenta a tramitação do procedimento concursal. Diário da República 1ª série, 15, p.492-(2)-492-(12).

PORTUGAL. Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série , 180, p.6528-6550.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 155/2009, de 10 de Fevereiro. Altera a Portaria nº 644/2007, de 30 de Maio, que estabelece a estrutura nuclear da Direcção-Geral da Saúde. Diário da República, 1ª série, 28, p.878-881.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho nº 14223/2009, de 24 de Junho. Estratégia Nacional para a qualidade em saúde. Diário da República, 2ª série, 120, p.24667-24669.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Diário da República, 1ª série, 176, p.6167-6192.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria nº 799-E/99, de 18 de Setembro. Fixa as regras gerais a que está sujeito o funcionamento dos cursos de complemento de formação em enfermagem. Diário da República, 1ª série B, 219, p.6510 (3)-6510 (7).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei nº 247/2009, de 22 de Setembro. Regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Diário da República, 1ª série, 184, p.6758-6761.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro. Regime da carreira especial de enfermagem. Diário da República, 1ª série, 184, p.6761-6765.

QUEIRÓS, Paulo J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

REGUEIRAS, Berta (2001). Actividades de lazer como forma de aliviar o stress nos grupos de enfermeiros. in *Nursing*, 155, p.18-21.

RIBEIRO, Leandro; GOMES A. Rui; SIMÕES, Clara (2009). Stress, burnout e satisfação/realização profissional em enfermeiros a exercer funções em contexto hospitalar. In: *Referência, Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde*, II série, 10, Jul. Suplemento, p.364.

RIOS Izabel Cristina (2008). Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 17 (4) p.151-160. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400015&lng=pt&nrm=iso

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (2006). *Health Work Environments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nurses Teams*. Toronto, Canadá: RNAO.

SCHIMIDT, M. L. G.; Rumin, C. R (1999). Estudo dos Acidentes do Trabalho: As Falhas na Elucidação da Causas e a Deficiência das Técnicas Preventivas. *Revistas de Iniciação Científica - XI Congresso de Iniciação Científica da UNESP*. São Paulo: Editora UNESP, p.203-208.

SCHMIDT, M. L. G. (2004). Estudos dos Afastamentos do Trabalho por Acidentes e Doenças Ocupacionais Junto a Uma Agência do INSS Localizada no Interior do Estado de São Paulo. In: *12º Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho*. Goiânia: Anais, p.61-61.

SANTANA, Paula; VAZ, Artur (2009). Planeamento e Gestão de Recursos Humanos. In: Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui. *A governação dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, p.45-55.

SANTOS, Carlos Alberto Granjo (2007). *A promoção da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores nos locais de trabalho: necessidades formativas e informativas*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, policopiado.

SILVA, Carlos da (2004). *O labirinto da enfermagem: participação e profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.

SILVA, C. A. (2003). *ABC do SPSS for Windows: Introdução ao Tratamento de Dados em Ciências Sociais*. Monsaraz: ADIM.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2009). Destaque: Processo negocial da carreira. Lisboa: *Enfermagem em Foco*, XVIII (76), p.3-17.

SPENCER, L. M. e Spencer, S. M., (1993). *Competence at Work: Models for Superior Performance*. New York: John Wiley & Sons.

STORDEUR, S.; D'HOORE, W. (2006). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (1) , p.45-58.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. (1995). *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*. 2ª Ed.. New York: Oxford University Press.

TOSCANO, Suzana A. S. (2004). Avaliação do desempenho: Manual de apoio. Lisboa: Secretaria de Estado da Administração Pública. Disponível em http://intranet.uminho.pt/Arquivo/Legislacao/AvaliacaoDesempenho/Manual_Avaliacao_Desempenho.pdf

TRIBUNA MÉDICA (2009). *OCDE diz que Portugal não tem falta de médicos*. Consultado em 2 de Julho de 2009, disponível em www.tribunamedicapress.pt/rss/20852

VIEGAS, Valentino; FRADA, João; PEREIRA MIGUEL, José (2009). *A Direcção-Geral da Saúde: notas históricas*, 2ª ed., revista e actualizada. Lisboa: Gradiva.

VILELAS, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

VITORINO, Rui M.M. (2009). A investigação no hospital. In: Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui. *A governação dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, p.45-55.

APÊNDICES

**Apêndice I - Instrumento de Avaliação do Ambiente de Trabalho
dos Enfermeiros**

QUESTIONÁRIO

No âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, pretende-se efectuar a dissertação sobre o tema “Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de saúde e seus Determinantes” que tem como objectivo analisar os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem numa organização hospitalar.

Neste sentido é muito importante a sua adesão no preenchimento deste questionário, com o qual se pretende obter dados visando promover ambientes mais favoráveis à prática. Neste sentido, solicita-se a sua preciosa colaboração assinalando o seu grau de concordância ou discordância com cada afirmação e expressando os comentários que entender adequados. Expresse a sua opinião em todas as afirmações, caso contrário pode inviabilizar este estudo. Após o seu preenchimento coloque o questionário no envelope, feche-o e introduza-o na caixa disponibilizada para este efeito. O questionário é confidencial e anónimo, sendo garantido o anonimato dos participantes em todas as fases do processo.

Muito Obrigada pela sua colaboração

Helena Almeida

I – AMBIENTES DA PRÁTICA

Analise cada afirmação e assinale com um **X** o seu grau de concordância ou discordância com a mesma, tendo como referência as seguintes categorias: **1-Discordo totalmente; 2-Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4-Concordo; 5-Concordo totalmente.**

Exemplo de preenchimento:

A organização tem definido políticas de aquisição de materiais

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	
X					

Comentários: “entendo que não se trata de uma variável que deva ser considerada na caracterização de ambiente favorável à prática dos enfermeiros”

A - ORGANIZAÇÃO

1 - A organização reconhece os enfermeiros enquanto profissionais

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

2 - Os enfermeiros recebem uma compensação adequada pelo seu trabalho (salarial e não salarial)

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

"Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes"

3 - A organização proporciona oportunidades de desenvolvimento profissional	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

4 - As condições de trabalho favorecem o recrutamento de enfermeiros	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

5 - As condições de trabalho facilitam a retenção de enfermeiros	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

6 - A organização tem implementadas políticas para promover um ambiente de trabalho seguro	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

7 - Há políticas organizacionais que dão resposta aos riscos de saúde ocupacional (se respondeu assinalando 1 passe à afirmação nº 8)	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

7.1 - A aplicação destas políticas é regularmente monitorizada	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

7.2 - As políticas são periodicamente actualizadas	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

8 - A organização proporciona instalações adequadas à prestação de cuidados	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

9 - Está disponível equipamento seguro	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

10 - O equipamento tem manutenção regular	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: left;">Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

“Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes”

Comentários:

11 - Está implementado um sistema de gestão de materiais que responde às necessidades da prestação de cuidados	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

12 - Há procedimentos de controlo de qualidade da prestação de serviços (alimentação, limpeza, segurança)	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

13 - Há procedimentos para a comunicação de eventos adversos (ocorrências inesperadas, indesejáveis ou potencialmente perigosas)	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

14 - Há políticas que protejam quem comunica eventos adversos	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

15 - A organização facilita o exercício da autonomia dos enfermeiros sobre a sua prática	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

16 - Existe uma política implementada que permite aos enfermeiros gerir os seus próprios horários	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

17 - Estão implementadas políticas de recrutamento de pessoal	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

18 - Estão implementadas políticas de retenção de pessoal	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

19 - A organização garante aos enfermeiros a estabilidade de emprego	<table border="0"> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo totalmente					Concordo totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo totalmente					Concordo totalmente														
1	2	3	4	5															

Comentários:

“Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes”

20 – Estão definidas as responsabilidades/funções dos enfermeiros na organização	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

21 – A taxa de rotatividade (turn-over) dos enfermeiros no serviço é adequada (se respondeu assinalando 5 passe à afirmação nº 22)	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

21.1 – Está a afectar os resultados dos cuidados prestados aos utentes	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

22 - A dotação de enfermeiros é adequada (se respondeu assinalando 5 passe à afirmação nº 23)	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

22.1 - Está a afectar os resultados dos cuidados prestados aos utentes	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

23 – Existem políticas contra a violência no local de trabalho	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

24 – Os enfermeiros participam na tomada de decisão da organização	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

25 – Existe trabalho em equipa multidisciplinar	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

B - ENFERMEIRO

26 - Os enfermeiros exercem a prática sob o código de ética	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente					totalmente	1	2	3	4	5							
Discordo					Concordo																				
totalmente					totalmente																				
1	2	3	4	5																					

Comentários:

"Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes"

27 – Existe um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	
28 – Estão implementadas metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade dos cuidados	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	
29 – Existe um sistema de registos em enfermagem que garante a visibilidade da actividade de enfermagem	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	
30 – Está implementado um processo de comunicação eficaz entre os enfermeiros que assegura a circulação da informação relevante de forma atempada	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	
31 - Existe uma boa comunicação entre a enfermagem e as outras disciplinas da saúde (se respondeu assinalando 5 passe à afirmação nº 32)	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	
31.1 - Está a afectar os resultados dos cuidados prestados aos utentes	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	
32 - Os enfermeiros são incentivados a promover uma boa comunicação com outros enfermeiros e entre profissionais de outras disciplinas	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	
33 – Existem projectos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (se respondeu assinalando 1 passe à afirmação nº 34)	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	
33.1 – Respondem às necessidades dos utentes	<div>Discordo totalmente</div> <div>1 2 3 4 5</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Concordo totalmente</div>
Comentários:	

“Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes”

34 - Existem programas de saúde, higiene e segurança no trabalho

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

35- Existem instalações e equipamentos adequados, que incentivem a prática segura

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

36 - Estão implementadas orientações que permitam aos enfermeiros dar resposta às situações de sobrecarga de trabalho

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

37 - Existe uma política de formação contínua dos enfermeiros promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

38- Os enfermeiros têm acesso a dispensa/comissão de serviço para frequência de actividades de formação contínua

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

39- Os enfermeiros participam em actividades de formação

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

40- Os enfermeiros participam em actividades de investigação

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

41- O desempenho dos enfermeiros é promovido e avaliado

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

42- Os enfermeiros estão satisfeitos com a qualidade do seu exercício profissional

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

Comentários:

43 - Os líderes de enfermagem dão a conhecer os objectivos da organização bem como um plano de como estes podem ser conseguidos

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

44 - Os líderes de enfermagem promovem uma cultura de confiança, justiça e respeito mútuos

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

C - GOVERNO

45 - Existem estratégias regionais de saúde que operacionalizam as políticas nacionais

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

46 - Existem estratégias nacionais para a enfermagem

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

47 - Existe financiamento/apoio suficiente por parte do governo para a prestação de cuidados de saúde

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

48 - O governo fornece regulamentação para garantir ambientes de trabalho seguros

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

49 - O governo destina financiamento para a investigação sobre o ambiente de trabalho

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

50 - A política de boas práticas é promovida, reconhecida e divulgada

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

51 - A política do governo apoia a força de trabalho da enfermagem para reforçar o respectivo estatuto profissional

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Comentários:

D – ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL/ORDEN dos ENFERMEIROS (OE)^{*22}

52 – A OE defende e promove a qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente	1	2	3	4	totalmente												
Discordo					Concordo																				
totalmente	1	2	3	4	totalmente																				

Comentários:

53 – A OE defende e promove orientações profissionais para os enfermeiros	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente	1	2	3	4	totalmente												
Discordo					Concordo																				
totalmente	1	2	3	4	totalmente																				

Comentários:

54 – A OE está envolvida na educação dos cidadãos relativamente à enfermagem e ao desenvolvimento profissional	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente	1	2	3	4	totalmente												
Discordo					Concordo																				
totalmente	1	2	3	4	totalmente																				

Comentários:

55 – A OE incentiva e proporciona oportunidades para a formação contínua/desenvolvimento profissional	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente	1	2	3	4	totalmente												
Discordo					Concordo																				
totalmente	1	2	3	4	totalmente																				

Comentários:

56 – A OE procura alianças com organizações de doentes ou com outros grupos profissionais para assegurar um ambiente de trabalho seguro	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente	1	2	3	4	totalmente												
Discordo					Concordo																				
totalmente	1	2	3	4	totalmente																				

Comentários:

57 – Existe forma de os enfermeiros comunicarem as suas opiniões ou transmitirem informação de retorno à OE	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente	1	2	3	4	totalmente												
Discordo					Concordo																				
totalmente	1	2	3	4	totalmente																				

Comentários:

58 – A OE analisa regularmente os âmbitos da prática e as competências dos enfermeiros	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente	1	2	3	4	totalmente												
Discordo					Concordo																				
totalmente	1	2	3	4	totalmente																				

Comentários:

59 – Os padrões da prática são claramente comunicados e monitorizados	<table border="0"> <tr> <td>Discordo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Concordo</td> </tr> <tr> <td>totalmente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>totalmente</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	Discordo					Concordo	totalmente	1	2	3	4	totalmente												
Discordo					Concordo																				
totalmente	1	2	3	4	totalmente																				

Comentários:

²² A Associação Nacional de Enfermeiros (ANE) e o Organismo de Regulação em Portugal são coincidentes, correspondendo à ORDEM dos ENFERMEIROS

60 – Existem sanções em caso de violações dos padrões da prática	Discordo totalmente					Concordo totalmente
	1	2	3	4	5	
	-----	-----	-----	-----	-----	

Comentários:

61 – Existe um processo de recurso que é largamente conhecido	Discordo totalmente					Concordo totalmente
	1	2	3	4	5	
	-----	-----	-----	-----	-----	

Comentários:

62 – A OE analisa as tendências relativamente a questões emergentes da força de trabalho para informar os empregadores e governo	Discordo totalmente					Concordo totalmente
	1	2	3	4	5	
	-----	-----	-----	-----	-----	

Comentários:

II – DADOS RELATIVOS AO RESPONDENTE

63. Contexto actual de prestação de cuidados: Internamento ☐ Urgência ☐ Ambulatório ☐;

64. Área de actuação: Gestão ☐ Prestação de cuidados ☐ Outra, qual? _____;

65. Tempo de exercício profissional no hospital: _____ anos _____ meses;

66. Relação jurídica de emprego: Contrato de funções públicas ☐ Contrato individual de trabalho ☐;

67. Título profissional (atribuído pela Ordem dos Enfermeiros): Enfermeiro ☐ Enfermeiro especialista ☐;

68. Grau académico: Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐;

69. Género: Feminino ☐ Masculino ☐;

70. Idade: _____ anos.

**Apêndice II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração da
organização hospitalar para a realização do estudo**

"Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes"

30

Aprovado em Reunião
do Conselho de Administração
de 20/05/2009
ACTA N.º 120

Ex.ª Sr.ª

Suplente do 1.º Vice-Presidente
Presidente do Conselho de Administração

Presidente do Conselho de Administração do
Hospital Nossa Senhora do Rosário EPE

Ex.ª Sr.ª Almeida

Assunto: Autorização para recolha de dados no âmbito do projecto de investigação "Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de saúde e seus Determinantes", conducente à dissertação de mestrado.

Encontrando-me neste momento numa fase de concretização da minha dissertação de mestrado subordinada ao título de "Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de saúde e seus Determinantes", integrada no IV Curso de Mestrado em Intervenção Socio-Organizacional na Saúde, na área de especialização em "Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde", curso ministrado pela Universidade de Évora, sob a orientação do Professor Doutor Carlos da Silva, venho pela presente solicitar a V. Ex.ª a devida autorização para efectuar a recolha de informação na organização que dirige. Para a recolha de dados foi concebido um questionário destinado aos enfermeiros.

O trabalho em causa tem como objectivo geral analisar os factores determinantes dos ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem numa organização hospitalar.

Comprometo-me a assegurar o anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes e a divulgar os resultados globais obtidos após a conclusão da dissertação.

Apresento-me inteiramente disponível para qualquer esclarecimento adicional referente ao estudo em causa.

Agradecendo a atenção dispensada, subscrevo com consideração.

Lisboa, 18 de Maio de 2009

O mestrando

Maria Helena Ferreira de Almeida
Maria Helena Ferreira de Almeida

Contactos:
Nome: Maria Helena F. Almeida
Morada: Rua das Índias, n.º 24
Código Postal: 2830-506 Palmais
e-mail: lenalmeida@hotmail.com
Telemóvel: 936258146

20.05.2009

Almeida

ANEXOS

**Anexo I - Instrumento de avaliação do ambiente de trabalho dos
Enfermeiros da edição do ICN “Ambientes Favoráveis à Prática”**

Anexo 1

Instrumento de avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros

As questões seguintes destinam-se a estimular o pensamento e a desenvolver estratégias que conduzam a ambientes favoráveis a prática. Cada organização ou unidade de saúde varia consoante o contexto de cuidados. Consequentemente, as respostas às questões irão ser únicas para cada local.

Organizações

- O ambiente ou a organização reconhecem os enfermeiros enquanto profissionais?
- Os enfermeiros recebem uma compensação adequada pelo seu trabalho?
- Há oportunidades para a progressão na carreira na enfermagem?
- As condições de trabalho permitem o recrutamento e retenção ótimos de enfermeiros?
- A organização tem implementadas políticas para orientar o ambiente de trabalho?
- Há políticas organizacionais ou do ambiente de trabalho que dêem resposta aos riscos de saúde ocupacional e promovam ambientes de trabalho seguros?
 - A aplicação destas políticas é monitorizada?
 - As políticas são analisadas regularmente e revistas conforme o requerido?
- Está disponível equipamento seguro e este tem boa manutenção?
- Há procedimentos de reclamação efectivos ?

- Há procedimentos para a “delação”? Há políticas que protejam o “delator”?
- Existe uma política implementada que dê aos enfermeiros controlo sobre a sua prática e o seu horário?
- Está implementada uma política que estabeleça a previsibilidade e a especificação do emprego?
- Estão implementadas políticas de retenção e de recrutamento?
- As taxas de rotatividade e de vagas são excessivas ou estão a afectar negativamente os resultados dos doentes?
- Existem programas de reconhecimento e recompensa?
- Existem políticas acerca da violência no local de trabalho?
- O pessoal participa na tomada de decisão da organização?

Enfermeiro

- Os enfermeiros exercem a prática sob um código de ética abrangente?
- Existe uma boa comunicação entre os enfermeiros e as outras disciplinas da saúde?
- Há recompensas/incentivos para os enfermeiros que demonstrem fortes aptidões de comunicação com outros enfermeiros e entre disciplinas?
- Existem programas que incentivem a saúde pessoal?
- Existem apoios físicos e de equipamento adequados, que incentivem a prática segura?
- Estão implementadas políticas que permitam aos enfermeiros dar resposta às questões da carga laboral?
- Estão facilmente disponíveis programas de mentorado e treino?
- Os enfermeiros têm acesso a programas de formação contínua?

Governo

- Existe uma área de especialidade no governo para os cuidados de saúde?
- O governo destina financiamento para a continuação/início de investigação ao ambiente de trabalho?
- Existem estratégias a nível da província ou região?
- A política do governo apoia a força de trabalho na enfermagem para adoptar/manter o estatuto profissional?
- O governo fornece uma estrutura de regulamentação para garantir ambientes de trabalho seguros?
- O governo investe na saúde e nos ambientes de trabalho?
- Existe financiamento/apoio suficiente por parte do governo para o sistema de cuidados de saúde?

Associação Nacional de Enfermeiros (ANE)

- A ANE defende e promove ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros?
- A ANE defende e promove normas profissionais para os enfermeiros?
- A ANE está envolvida na educação do público relativamente a enfermagem e ao desenvolvimento profissional?
- A ANE incentiva e proporciona oportunidades para a formação contínua?
- Procuram-se alianças com organizações de doentes ou com outros grupos profissionais para assegurar um ambiente de trabalho seguro?
- Existe maneira de os enfermeiros comunicarem os seus comentários ou transmitirem informação de retorno à ANE?

Organismo de regulação

- O organismo de regulação analisa regularmente os âmbitos da prática e as competências?
- Os padrões da prática são claramente comunicados e mantidos?
- Existem sanções apropriadas em caso de violações?
- Existe um processo de recurso e este é largamente conhecido?
- O organismo analisa as tendências para informar os empregadores e governo relativamente a questões emergentes da força de trabalho?

O Consenso Internacional de Enfermagem (CIN) é uma declaração das 121 associações nacionais de enfermagem que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Oportuniza enfermeiros a pararem e refletir desde 1999, o CIN é a voz internacional da enfermagem sobre a forte desigualdade da qualidade dos cuidados para todos. Sem o consenso, não há como se saber o que está a acontecer.

Anexo II – Resultados do tratamento de dados

ESTUDO DA FIABILIDADE DO INSTRUMENTO

Avaliação da consistência interna

1- Dimensão Organização

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha Based on		
Cronbach's Alpha	Standardized Items	N of Items
,896	,899	25

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Reconhecimento profissional	3,37	1,009	246
Compensação pelo trabalho	1,63	,787	246
Desenvolvimento profissional	2,85	,972	246
Condições de trabalho favorecem o recrutamento de enfermeiros	2,96	1,025	246
Condições de trabalho facilitam a retenção de enfermeiros	3,07	,996	246
Políticas para promover ambiente trabalho seguro	3,41	,836	246
Políticas organizacionais dão resposta aos riscos de saúde ocupacional	2,99	1,094	246
Instalações adequadas à prestação cuidados	2,95	1,001	246
Equipamento seguro	3,34	,865	246
Manutenção Equipamento	3,28	,880	246
Sistema de reposição de materiais responde às necessidades	3,21	1,031	246
Procedimentos de controlo de qualidade da prestação de serviços	3,30	,870	246
Procedimentos para comunicação de eventos adversos	3,38	,828	246
Políticas que protejam quem comunica eventos adversos	2,92	,786	246
Autonomia dos enfermeiros	2,89	,930	246
Política que permite aos enfermeiros gerir os seus horários	2,32	1,120	246
Política de recrutamento de pessoal	2,86	,888	246
Política de retenção de pessoal	2,86	,836	246
Estabilidade emprego	3,26	,989	246
Descrição funções dos enfermeiros	3,77	,750	246
Taxa de rotatividade de enfermeiros adequada	3,34	1,083	246
Dotação de enfermeiros adequada	2,54	1,207	246
Políticas contra a violência no local de trabalho	2,70	1,042	246
Participação na tomada de decisão	2,57	1,019	246
Trabalho em equipa multidisciplinar	3,25	1,042	246

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Reconhecimento	71,63	152,159	,486	,385	,892
Compensação	73,38	156,399	,419	,307	,893
Desenvolvimento	72,15	151,650	,530	,440	,891
Recrutamento	72,04	152,598	,459	,418	,892
Retenção	71,94	153,788	,425	,388	,893
PolíticasAmb	71,60	152,160	,602	,472	,889
PolíticasRisSau	72,02	150,049	,524	,397	,891
Instalações	72,05	151,103	,535	,449	,890
Equipamento	71,66	153,147	,531	,485	,891
ManutenEquip	71,72	153,744	,493	,453	,892
SisMateriais	71,80	149,869	,568	,443	,890
ProcQualPServ	71,71	151,465	,609	,481	,889
ComunicEventosAdv	71,62	154,620	,484	,506	,892
ProtComuniEA	72,08	156,695	,404	,463	,893
Autonomia	72,11	149,881	,638	,531	,888
ControloHorário	72,69	152,289	,424	,338	,893
PolitRecrutamento	72,14	153,176	,514	,378	,891
PolitRetenção	72,14	155,420	,439	,312	,893
EstabilidadeEmprego	71,74	153,606	,436	,350	,893
DescriçãoFunções	71,24	155,707	,481	,358	,892
TRotatividade	71,66	155,735	,309	,197	,896
DotaçãoEnfs	72,46	153,988	,328	,234	,896
PoViolência	72,31	153,569	,411	,315	,894
PTomadaDecis	72,44	149,774	,580	,460	,889
TrabEquipa	71,76	151,761	,484	,330	,892

2 – Dimensão Enfermeiro

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha Based on Standardized Items		
Cronbach's Alpha	Items	N of Items
,892	,893	19

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
CódigoÉtica	4,32	,641	263
QuadroRef	4,12	,760	263
MOrganizaçãoCuid	3,89	,776	263
SInformaçãoEnf	3,33	1,109	263
ProcComunicação	3,51	,936	263
BoaComunicação	3,32	1,022	263
IncentivoComuni	3,81	,863	263
ProjectosMelhoria	3,86	,863	263
PSHSegurança	3,59	,851	263
InstalEquipamAdequ	3,21	,918	263
OrSobrecTrabalho	2,30	,968	263
PFormação	3,08	1,063	263
DispensaFormação	2,98	1,172	263
ParticipaForm	3,73	,787	263
ParticipaInvest	2,97	,982	263
Desempenho	3,15	1,061	263
SatisfQualExercício	2,91	,996	263
LideresObjPlano	3,59	,984	263
LideresCulturaConf	3,22	1,121	263

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CódigoÉtica	60,57	106,170	,294	,339	,892
QuadroRef	60,77	102,978	,447	,465	,888
MOrganizaçãoCuid	61,00	100,328	,613	,583	,884
SInformaçãoEnf	61,56	96,362	,591	,442	,884
ProcComunicação	61,38	99,717	,527	,443	,886
BoaComunicação	61,57	99,979	,462	,341	,888
IncentivoComuni	61,08	98,924	,628	,520	,883
ProjectosMelhoria	61,03	99,438	,597	,474	,884
PSHSegurança	61,30	101,158	,501	,355	,887
InstalEquipamAdequ	61,68	99,621	,545	,385	,885
OrSobrecTrabalho	62,59	99,213	,534	,434	,886
PFormação	61,81	96,432	,618	,475	,883
DispensaFormação	61,91	98,813	,441	,308	,890
ParticipaForm	61,16	101,763	,509	,353	,887
ParticipaInvest	61,92	101,268	,416	,261	,889
Desempenho	61,74	98,650	,506	,399	,887
SatisfQualExercício	61,98	100,141	,468	,299	,888
LideresObjPlano	61,30	98,525	,561	,478	,885
LideresCulturaConf	61,67	95,459	,627	,538	,882

3 – Dimensão Governo

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha Based on Standardized		
Cronbach's Alpha	Items	N of Items
,834	,834	7

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
EstratégiasNacReg	3,05	,837	267
EstratégiasEnferm	2,85	1,001	267
Financiamento	2,21	,799	267
RegulamentAmbiente	2,82	,937	267
FinanciamInvestigação	2,42	,816	267
BoasPrátPromovida	2,81	1,027	267
ApoiaForçaTrabalho	1,77	,779	267

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EstratégiasNacReg	14,87	14,969	,587	,473	,812
EstratégiasEnferm	15,07	13,934	,607	,477	,809
Financiamento	15,72	15,731	,490	,273	,826
RegulamentAmbiente	15,10	14,159	,629	,454	,804
FinanciamInvestigação	15,50	14,785	,641	,429	,804
BoasPrátPromovida	15,11	13,451	,659	,461	,799
ApoiaForçaTrabalho	16,15	15,875	,481	,274	,827

4 – Dimensão Associação Profissional/Ordem dos Enfermeiros

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha Based on Standardized		
Cronbach's Alpha	Items	N of Items
,910	,907	11

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
PromoveAmbSaudáveis	2,91	1,069	259
OrientaçõesProfissionais	3,22	1,066	259
EducaçãoCidadãos	2,79	1,076	259
FormaçãoDesenvolvim	2,98	1,009	259
AliançasOrganizações	2,91	,865	259
ComunicarOpiniões	3,26	,999	259
AnalisaPrática	3,12	,874	259
PadrõesComunicados	3,01	,904	259
SançõesViolaçãoPadr	3,55	,783	259
PRcurso	2,67	,790	259
AnalisaTendências	2,80	,867	259

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PromoveAmbSaudáveis	30,32	44,605	,761	,711	,896
OrientaçõesProfissionais	30,00	44,795	,749	,696	,897
EducaçãoCidadãos	30,44	45,053	,720	,540	,899
FormaçãoDesenvolvim	30,25	45,311	,757	,655	,896
AliançasOrganizações	30,32	46,946	,752	,625	,897
ComunicarOpiniões	29,97	46,154	,697	,562	,900
AnalisaPrática	30,11	47,415	,700	,552	,900
PadrõesComunicados	30,22	46,790	,728	,586	,898
SançõesViolaçãoPadr	29,68	52,732	,287	,146	,918
PRcurso	30,56	51,225	,421	,438	,913
AnalisaTendências	30,43	48,246	,632	,516	,903

ANÁLISE FACTORIAL DE COMPONENTES PRINCIPAIS Factores Latentes

1- Dimensão Organização

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
Reconhecimento	3,37	1,009	246
Compensação	1,63	,787	246
Desenvolvimento	2,85	,972	246
Recrutamento	2,96	1,025	246
Retenção	3,07	,996	246
PolíticasAmb	3,41	,836	246
PolíticasRisSau	2,99	1,094	246
Instalações	2,95	1,001	246
Equipamento	3,34	,865	246
ManutenEquip	3,28	,880	246
SisMateriais	3,21	1,031	246
ProcQualPServ	3,30	,870	246
ComunicEventosAdv	3,38	,828	246
ProtComuniEA	2,92	,786	246
Autonomia	2,89	,930	246
ControloHorário	2,32	1,120	246
PolitRecrutamento	2,86	,888	246
PolitRetenção	2,86	,836	246
EstabilidadeEmprego	3,26	,989	246
DescriçãoFunções	3,77	,750	246
TRotatividade	3,34	1,083	246
DotaçãoEnfs	2,54	1,207	246
PolViolência	2,70	1,042	246
PTomadaDecis	2,57	1,019	246
TrabEquipa	3,25	1,042	246

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,881
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1998,576
	df	300
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,467	29,866	29,866	7,467	29,866	29,866	3,036	12,144	12,144
2	1,629	6,517	36,383	1,629	6,517	36,383	3,008	12,030	24,175
3	1,390	5,560	41,943	1,390	5,560	41,943	2,408	9,632	33,807
4	1,215	4,859	46,803	1,215	4,859	46,803	2,104	8,416	42,222
5	1,130	4,518	51,321	1,130	4,518	51,321	1,915	7,659	49,881
6	1,108	4,432	55,753	1,108	4,432	55,753	1,468	5,872	55,753

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
Compensação	0,616	,144			,291	
Autonomia	0,601	,161	,102	,404	,170	,220
PTomadaDecis	0,577		,424	,180		,106
Reconhecimento	0,524	,210	,295	-,115	,233	
TrabEquipa	0,507	,152	,244	,183		,167
Desenvolvimento	0,505	,242			,379	,229
PolViolência	0,477	,136	,196	,313	-,230	
PolíticasRisSau	0,449	,263	,181	,303	,206	-,180
PolíticasAmb	0,400	,397	,187	,301	,243	
ManutenEquip	,151	0,780	,155			
Equipamento	,133	0,757		,188	,123	,107
SisMateriais		0,643	,185	,149	,203	,286
Instalações	,402	0,563	,104		,126	
ProcQualPServ	,372	0,532	,175	,238		,138
EstabilidadeEmprego	,252		0,661		,251	
DescriçãoFunções	,192	,259	0,647		,101	
PolitRetenção			0,624	,245		
PolitRecrutamento		,209	0,604	,237		,232
ProtComuniEA	,142	,122		0,838		
ComunicEventosAdv		,354	,235	0,694		
Recrutamento	,157	,131	,119	,103	0,787	
Retenção	,101	,121	,245		0,705	
ControloHorário	,183		,318	,353	,378	,132
DotaçãoEnfs	,187		,101		,110	0,783
TRotatividade		,298				0,659

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

2 – Dimensão Enfermeiro

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
CódigoÉtica	4,32	,641	263
QuadroRef	4,12	,760	263
MorganizaçãoCuid	3,89	,776	263
SinformaçãoEnf	3,33	1,109	263
ProcComunicação	3,51	,936	263
BoaComunicação	3,32	1,022	263
IncentivoComuni	3,81	,863	263
ProjectosMelhoria	3,86	,863	263
PSHSegurança	3,59	,851	263
InstalEquipamAdequ	3,21	,918	263
OrSobrecTrabalho	2,30	,968	263
Pformação	3,08	1,063	263
DispensaFormação	2,98	1,172	263
ParticipaForm	3,73	,787	263
ParticipaInvest	2,97	,982	263
Desempenho	3,15	1,061	263
SatisfQualExercício	2,91	,996	263
LideresObjPlano	3,59	,984	263
LideresCulturaConf	3,22	1,121	263

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,892
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1793,491
	Df	171,000
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,610	34,788	34,788	6,610	34,788	34,788	3,357	17,668	17,668
2	1,698	8,939	43,727	1,698	8,939	43,727	2,502	13,168	30,836
3	1,260	6,633	50,360	1,260	6,633	50,360	2,487	13,091	43,927
4	1,021	5,375	55,735	1,021	5,375	55,735	2,244	11,808	55,735

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix^a

“Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes”

	Component			
	1	2	3	4
OrSobrecTrabalho	,686	,307	-,121	,148
LideresObjPlano	,658	,267	,041	,157
InstalEquipamAdequ	,631	,079	,274	,137
PSHSegurança	,626	-,003	,414	,019
Pformação	,621	,248	,095	,293
LideresCulturaConf	,615	,347	,016	,280
ProcComunicação	,206	,754	,177	,068
BoaComunicação	,154	,653	,129	,132
SinformaçãoEnf	,258	,634	,221	,222
IncentivoComuni	,303	,608	,354	,147
QuadroRef	,123	,136	,792	,100
MorganizaçãoCuid	,276	,246	,718	,196
CódigoÉtica	-,163	,365	,642	,021
ProjectosMelhoria	,376	,178	,480	,323
ParticipaInvest	,033	,230	,074	,687
ParticipaForm	,147	,074	,320	,675
DispensaFormação	,282	,178	-,111	,622
Desempenho	,430	-,135	,261	,566
SatisfQualExercício	,357	,171	,140	,364

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 10 iterations.

3 - Dimensão Governo

(estrutura Unidimensional, só um factor)

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
EstratégiasNacReg	3,05	,837	267
EstratégiasEnferm	2,85	1,001	267
Financiamento	2,21	,799	267
RegulamentAmbiente	2,82	,937	267
FinanciamInvestigação	2,42	,816	267
BoasPrátPromovida	2,81	1,027	267
ApoiaForçaTrabalho	1,77	,779	267

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,834
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	626,548
	Df	21,000
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,528	50,401	50,401	3,528	50,401	50,401

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
BoasPrátPromovida	,776
FinanciamInvestigação	,759
RegulamentAmbiente	,753
EstratégiasEnferm	,732
EstratégiasNacReg	,707
Financiamento	,617
ApoiaForçaTrabalho	,606

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

4 - Dimensão Associação Profissional/Ordem dos Enfermeiros

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
PromoveAmbSaudáveis	2,91	1,069	259
OrientaçõesProfissionais	3,22	1,066	259
EducaçãoCidadãos	2,79	1,076	259
FormaçãoDesenvolvim	2,98	1,009	259
AliançasOrganizações	2,91	,865	259
ComunicarOpiniões	3,26	,999	259
AnalisaPrática	3,12	,874	259
PadrõesComunicados	3,01	,904	259
SançõesViolaçãoPadr	3,55	,783	259
PRecurso	2,67	,790	259
AnalisaTendências	2,80	,867	259

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,902
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1637,869
	df	55,000
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Comp onent	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,901	53,642	53,642	5,901	53,642	53,642	4,454	40,491	40,491
2	1,147	10,425	64,067	1,147	10,425	64,067	2,593	23,576	64,067

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
ComunicarOpiniões	,812	,155
AnalisaPrática	,763	,228
FormaçãoDesenvolvim	,746	,354
AliançasOrganizações	,736	,363
OrientaçõesProfissionais	,729	,365
PromoveAmbSaudáveis	,708	,415
EducaçãoCidadãos	,660	,425
SançõesViolaçãoPadr	,488	-,116
PRecurso	-,007	,906
AnalisaTendências	,327	,762
PadrõesComunicados	,548	,598

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

Anexo III – Resultados dos testes estatísticos

TESTES DE HIPÓTESES

Hipótese 1

Área de actuação

T-Test

Group Statistics

Área		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Organização	Gestão	15	3,6400	,41789	,10790
	Prestação	230	2,9562	,49223	,03246
Enfermeiro	Gestão	16	4,0230	,32782	,08196
	Prestação	246	3,3714	,53852	,03433
Governo	Gestão	16	3,0357	,55818	,13954
	Prestação	250	2,5286	,62438	,03949
Ordem	Gestão	15	3,4485	,71949	,18577
	Prestação	243	2,9910	,67379	,04322

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Organização	Equal variances assumed	1,265	,262	5,256	243	,000	,68383	,13011	,42753	,94012
	Equal variances not assumed			6,069	16,640	,000	,68383	,11267	,44571	,92194
Enfermeiro	Equal variances assumed	4,984	,026	4,777	260	,000	,65161	,13639	,38303	,92019
	Equal variances not assumed			7,333	20,688	,000	,65161	,08886	,46665	,83657
Governo	Equal variances assumed	,036	,849	3,168	264	,002	,50714	,16009	,19193	,82236
	Equal variances not assumed			3,497	17,492	,003	,50714	,14502	,20182	,81246
Ordem	Equal variances assumed	,401	,527	2,542	256	,012	,45746	,17995	,10310	,81183
	Equal variances not assumed			2,398	15,554	,029	,45746	,19073	,05218	,86275

Hipótese 2

Contexto de prestação de cuidados

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

Organização

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,158	2	243	,854

ANOVA

Organização

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,730	2	,365	1,385	,252
Within Groups	64,056	243	,264		
Total	64,786	245			

Test of Homogeneity of Variances

Enfermeiro

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,042	2	260	,354

ANOVA

Enfermeiro

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,216	2	,608	2,003	,137
Within Groups	78,950	260	,304		
Total	80,166	262			

Test of Homogeneity of Variances

Governo

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,335	2	264	,716

ANOVA

Governo

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,889	2	,445	1,120	,328
Within Groups	104,812	264	,397		
Total	105,701	266			

"Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Factores Determinantes"

Test of Homogeneity of Variances

Ordem

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,013	2	256	,987

ANOVA

Ordem

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,015	2	1,008	2,173	,116
Within Groups	118,692	256	,464		
Total	120,707	258			

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Organização	,158	2	243	,854
Enfermeiro	1,042	2	260	,354
Governo	,335	2	264	,716
Ordem	,013	2	256	,987

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Organização	Between Groups	,730	2	,365	1,385	,252
	Within Groups	64,056	243	,264		
	Total	64,786	245			
Enfermeiro	Between Groups	1,216	2	,608	2,003	,137
	Within Groups	78,950	260	,304		
	Total	80,166	262			
Governo	Between Groups	,889	2	,445	1,120	,328
	Within Groups	104,812	264	,397		
	Total	105,701	266			
Ordem	Between Groups	2,015	2	1,008	2,173	,116
	Within Groups	118,692	256	,464		
	Total	120,707	258			

Testes para comparação das medias das restantes variáveis

Título profissional

Group Statistics

Título Profissional		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Organização	Enfermeiro	202	2,9491	,49893	,03510
	Especialista	40	3,2290	,53910	,08524
Enfermeiro	Enfermeiro	215	3,3767	,53105	,03622
	Especialista	43	3,5998	,62117	,09473
Governo	Enfermeiro	217	2,5490	,59940	,04069
	Especialista	45	2,5968	,78618	,11720
Ordem	Enfermeiro	210	3,0208	,64144	,04426
	Especialista	44	3,0000	,86622	,13059

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Organização	Equal variances assumed	1,171	,280	-3,198	240	,002	-,27989	,08751	-,45228	-,10750
	Equal variances not assumed			-3,036	53,056	,004	-,27989	,09218	-,46478	-,09500
Enfermeiro	Equal variances assumed	1,584	,209	-2,441	256	,015	-,22301	,09135	-,40291	-,04311
	Equal variances not assumed			-2,199	54,946	,032	-,22301	,10141	-,42626	-,01977
Governo	Equal variances assumed	7,889	,005	-,459	260	,646	-,04778	,10399	-,25256	,15700
	Equal variances not assumed			-,385	55,084	,702	-,04778	,12406	-,29639	,20083
Ordem	Equal variances assumed	8,910	,003	,183	252	,855	,02078	,11358	-,20290	,24446
	Equal variances not assumed			,151	53,304	,881	,02078	,13789	-,25575	,29731

Género

Group Statistics

	Género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Organização	Feminino	210	3,0406	,51755	,03571
	Masculino	33	2,7721	,39881	,06942
Enfermeiro	Feminino	225	3,4356	,56205	,03747
	Masculino	35	3,3143	,43654	,07379
Governo	Feminino	228	2,5952	,63547	,04208
	Masculino	36	2,3730	,53373	,08896
Ordem	Feminino	221	3,0728	,67474	,04539
	Masculino	35	2,7273	,61421	,10382

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
										95% Confidence Interval of the Difference
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Organização	Equal variances assumed	5,317	,022	2,848	241	,005	,26845	,09426	,08276	,45414
	Equal variances not assumed			3,439	50,636	,001	,26845	,07807	,11169	,42521
Enfermeiro	Equal variances assumed	5,318	,022	1,220	258	,224	,12127	,09942	-,07451	,31705
	Equal variances not assumed			1,465	53,258	,149	,12127	,08276	-,04470	,28724
Governo	Equal variances assumed	2,531	,113	1,989	262	,048	,22222	,11170	,00228	,44217
	Equal variances not assumed			2,258	52,019	,028	,22222	,09841	,02475	,41969
Ordem	Equal variances assumed	1,364	,244	2,848	254	,005	,34554	,12133	,10659	,58449
	Equal variances not assumed			3,050	47,968	,004	,34554	,11331	,11771	,57336